

le **DCEM** en

Questions  
Réponses

nouveau  
programme

- mémos et mots-clés
- révisions et sous-colles
- bilan de connaissances

Nader VAZIRI

# UROLOGIE

03

ellipses

## Le DCEM en Questions/Réponses

Collection dirigée par Jean-Sébastien Hulot

# UROLOGIE

03184

413-VAZ103



Nader VAZIRI



## LE PROGRAMME D'UROLOGIE

### Module 7. Santé et environnement - Maladies transmissibles

- Question n° 93. Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.  
Leucocyturie

### Module 10. Cancérologie - Onco-hématologie

- Question n° 156. Tumeurs de la prostate
- Question n° 158. Tumeurs du rein
- Question n° 160. Tumeurs du testicule

### Module 11. Synthèse clinique et thérapeutique - De la plainte du patient à la décision thérapeutique - Urgences

- Question n° 216. Rétention aiguë d'urine

### Deuxième partie : Maladies et grands syndromes

- Question n° 247. Hypertrophie bénigne de la prostate
- Question n° 259. Lithiase urinaire
- Question n° 272. Pathologie génitoscrotale chez le garçon et chez l'homme

### Troisième partie : Orientation diagnostique

- Question n° 321. Incontinence urinaire de l'adulte
- Question n° 338. Trouble de l'érection
- Question n° 341. Troubles de la miction

Question  
n° 93

## Infections urinaires



- ❖ ECBU,  $> 10^4$  leucocytes/mL et  $> 10^5$  germes/mL
- ❖ Ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques (en particulier si sonde urinaire) SAUF femme enceinte
- ❖ PAS de sondage vésical en cas de prostatite (ou dans tout contexte infectieux urinaire)
- ❖ Si non efficacité du traitement, penser à l'abcédation
- ❖ Si non efficacité persistante sans abcès, penser à la tuberculose urinaire
- ❖ Éliminer l'obstacle devant une pyélonéphrite
- ❖ Épididymite de l'homme jeune = maladie vénérienne
- ❖ Fréquence de la propagation de l'infection urinaire aux différents organes génito-urinaires chez l'homme
- ❖ Pyélonéphrite chez un enfant  $< 2$  ans = reflux vésico-urétéral
- ❖ Connaître les antibiotiques contre-indiqués en cas de grossesse

**1** Quels sont les différents modes de pénétration des bactéries dans les voies urinaires ?

.....

**2** Quel examen permet le dépistage d'une infection urinaire ? Existe-t-il des faux négatifs ? Lesquels ?

.....

**3** Quel examen confirme une infection urinaire ? Que doit-il montrer ?

.....

**4** Quel germe est responsable des infections urinaires dans la grande majorité des cas ?

.....



**5** Quel sera votre examen clinique devant toute infection urinaire ?

.....

**6** Mlle C., 25 ans, vient consulter pour brûlures mictionnelles et pollakiurie depuis la veille. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quels sont les signes importants à rechercher ? Quels examens faites-vous ?

.....

**7** Quels sont les traitements possibles d'une cystite aiguë simple de la femme jeune ?

.....

**8** Quand parle-t-on de cystites récidivantes ? Quel sera votre bilan devant une cystite aiguë récidivante ?

.....

**9** Quel est le principe de traitement des cystites aiguës récidivantes ?

.....

**10** Quel est le taux d'infection urinaire sur sonde à moyen terme ? Comment peut-on retarder l'échéance ? Comment traiter ?

.....

**11** Quelle est la fréquence des cystites chez l'homme ?

.....

**12** M. P., 62 ans, consulte pour fièvre à 39 °C, syndrome grippal, avec une pollakiurie et des brûlures mictionnelles. Il ressent également des douleurs périnéales. On note comme antécédent un adénome de prostate traité par  $\alpha$ -bloquants. Quel est votre diagnostic ? Quel sera votre bilan en urgence ?

.....

**13** Si le patient s'était présenté en rétention aiguë d'urines, quel aurait été le geste supplémentaire indispensable ?

.....

**14** Quel est votre traitement devant une prostatite aiguë ?

.....

**15** Malgré un traitement adapté à la prostatite, votre patient présente une réascension thermique à 40 °C, des douleurs périnéales, il y a une recrudescence des troubles mictionnels. La NFS montre une hyperleucocytose. Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmez-vous ? Quel sera votre traitement ?

.....

**16** Quel sera votre bilan au décours de l'épisode de prostatite ?

.....

**17** M. L., 32 ans, consulte pour troubles mictionnels à type de pollakiurie, de brûlures mictionnelles et d'algies pelviennes. Ces troubles évoluent depuis quelques mois par poussées. On note dans ses antécédents 3 épisodes de prostatite aiguë pour lesquels il a reçu à chaque fois une antibiothérapie pendant 10 jours. Quel est le diagnostic probable ? Quel sera le bilan ?

.....

**18** M. E., 30 ans, consulte pour une fièvre à 40 °C, une douleur inguinoscrotale gauche violente et pulsatile. On note également des troubles mictionnels à type de pollakiurie et de brûlures mictionnelles. À noter des rapports sexuels non protégés depuis longtemps. Quel est votre diagnostic ? Quels sont les germes les plus fréquents avant 35 ans ? Après 35 ans ? Quels examens faites-vous ?

.....

**19** Quel sera votre traitement chez M. E. (cf. Q. 18) ?

.....

**20** Quelles sont les complications de l'épididymite ?

.....

**21** Quel diagnostic faut-il toujours évoquer lorsqu'un traitement adapté est complètement inefficace lors d'une infection urinaire ?

.....

**22** Mme P., 24 ans, se présente aux urgences pour fièvre à 39,5 °C, associée à des troubles urinaires à type de brûlures mictionnelles et de pollakiurie et à des vomissements. On note une douleur lombaire droite permanente. Quel est votre diagnostic ? Quelle est la différence entre l'homme et la femme dans cette pathologie ?

.....

**23** Quel sera votre bilan en urgence devant une pyélonéphrite aiguë ?

.....

**24** Quel sera votre traitement devant une pyélonéphrite ?

.....

**25** Quel examen devra-t-il être fait d'urgence en cas de doute sur un obstacle ?

.....

**26** Quel sera votre bilan au décours d'une 1<sup>re</sup> pyélonéphrite chez une femme ?

.....

**27** Quelles sont vos hypothèses devant une absence de régression de la symptomatologie de la pyélonéphrite à 48 heures, malgré un traitement bien conduit ? Quel examen ferez-vous ?

.....

**28** Chez un patient traité pour une pyélonéphrite aiguë, que vous évoque l'apparition d'une hématurie associée à des douleurs à type de colique néphrétique ? Quel examen ferez-vous et que montre-t-il ? Quel examen permettra-t-il de confirmer ?

.....

**29** Quel examen ferez-vous à un enfant de moins de 2 ans ayant souffert d'une pyélonéphrite ? Que recherchez-vous ?

.....

**30** Dans quel cas faut-il systématiquement traiter une bactériurie asymptomatique ?

.....

**31** Quel est l'antibiotique de choix pour les pyélonéphrites de la femme enceinte ?

.....

**32** Quels sont les antibiotiques permis pendant la grossesse ?

.....



**1** Quels sont les différents modes de pénétration des bactéries dans les voies urinaires ?

- Voie ascendante : spontanée ou iatrogène (manœuvres endourétrales)
- Voie hématogène
- Voie lymphatique : dissémination par extension de contiguïté

**2** Quel examen permet le dépistage d'une infection urinaire ? Existe-t-il des faux négatifs ? Lesquels ?

- Bandelette urinaire à la recherche de nitrites et d'une leucocyturie
- OUI :
  - streptocoques
  - staphylocoques
  - pyocyanique
- = germes ne transformant pas les nitrates en nitrites

**3** Quel examen confirme une infection urinaire ? Que doit-il montrer ?

- Examen cyto bactériologique des urines (ECBU) avec examen direct et culture avec antibiogramme
- Infection urinaire quand leucocyturie  $> 10^4/\text{mL}$  et bactériurie  $> 10^5/\text{mL}$  (L4G5)

**4** Quel germe est responsable des infections urinaires dans la grande majorité des cas ?

- *Escherichia Coli* dans 80 % des cas toutes infections confondues

**5** Quel sera votre examen clinique devant toute infection urinaire ?

- GÉNÉRAL : température, pression artérielle, pouls, conscience
- UROLOGIQUE :
  - palpation des fosses lombaires, recherche contact lombaire
  - organes génitaux externes : recherche sténose du méat urétral, palpation des testicules

- touchers pelviens (TR +++ chez l'homme, TV chez la femme)
- RECHERCHE D'AUTRES FOYERS INFECTIEUX :
  - digestif
  - ORL
  - stomatologique

**6** Mlle C., 25 ans, vient consulter pour brûlures mictionnelles et pollakiurie depuis la veille. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quels sont les signes importants à rechercher ? Quels examens faites-vous ?

- Cystite aiguë simple bactérienne
- SIGNES NÉGATIFS ++ : PAS de douleur lombaire et PAS de fièvre éliminant une pyélonéphrite
- Bandelette urinaire, ECBU pas nécessaire si 1<sup>re</sup> cystite simple de la femme jeune
- ECBU si BU négative

**7** Quels sont les traitements possibles d'une cystite aiguë simple de la femme jeune ?

- Ambulatoires
- ANTIBIOTHÉRAPIE per os à spectre adapté aux germes urinaires :
  - dose unique : Bactrim forte, ou péfloxacin (Péflacine® Monodose) ou fosfomycine-trométamol (Monuril®), ou ciprofloxacine (Uniflox®)
  - ou classique de 10 jours par Pipram® fort
- HYGIÈNE pour prévention
  - boissons abondantes
  - mictions régulières et post-coïtales
  - s'essuyer le périnée d'avant en arrière
  - hygiène périnéale régulière mais non excessive
- SURVEILLANCE : BU à J10, si positive faire ECBU

**8** Quand parle-t-on de cystites récidivantes ? Quel sera votre bilan devant une cystite aiguë récidivante ?

- 4 cystites ou plus par an
- RECHERCHER UNE ANOMALIE SOUS-JACENTE
  - ECBU
  - Échographie rénale et vésicale à la recherche d'une anomalie (tumeur urothéliale, corps étranger...)

- Calibrage urétral
- Cystoscopie après stérilisation des urines : recherche anomalie vésicale, permet dilatation méatique si sténose

**9** Quel est le principe de traitement des cystites aiguës récidivantes ?

- Traitement d'hygiène (cf. Q. 7) dans un 1<sup>er</sup> temps
- Si inefficace, antibioprophylaxie per os alternée, prolongée à faibles doses

**10** Quel est le taux d'infection urinaire sur sonde à moyen terme ? Comment peut-on retarder l'échéance ? Comment traiter ?

- 100 % après 4 jours de sondage
- PRÉVENTION
  - limiter les indications du sondage
  - pose aseptique de la sonde
  - soins locaux de la sonde quotidiens
  - boissons donc diurèse abondante
- TRAITEMENT
  - pas d'antibiothérapie si asymptomatique
  - traitement antibiotique si symptomatique avec changement de sonde
  - dans tous les cas, augmentation de la diurèse

**11** Quelle est la fréquence des cystites chez l'homme ?

- Elles n'existent pas de façon isolée.
- Associées à prostatite

**12** M. P., 62 ans, consulte pour fièvre à 39 °C, syndrome grippal, avec une pollakiurie et des brûlures mictionnelles. Il ressent également des douleurs périnéales. On note comme antécédent un adénome de prostate traité par  $\alpha$ -bloquants. Quel est votre diagnostic ? Quel sera votre bilan en urgence ?

- Prostatite aiguë sur adénome de prostate
- Toucher rectal : prostate douloureuse, augmentée de volume, tendue, parfois fait sourdre une goutte de pus au méat
- ECBU avec direct et culture pour antibiogramme
- Hémocultures multiples en milieu aéro-anaérobie



- NFS, CRP, créatininémie, urée, ionogramme sanguin, glycémie
- ECG

**13** Si le patient s'était présenté en rétention aiguë d'urine, quel aurait été le geste supplémentaire indispensable ?

- Drainage des urines en urgence par CATHÉTÉRISME SUS-PUBIEN et ECBU sur le liquide de drainage
- JAMAIS DE SONDAGE URINAIRE DANS UN CONTEXTE INFECTIEUX URINAIRE (probable 0 au dossier)

**14** Quel est votre traitement devant une prostatite aiguë ?

- URGENCE THÉRAPEUTIQUE
- HOSPITALISATION
- Pose d'une voie veineuse périphérique
- DOUBLE ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE intraveineuse, bactéricide, synergique, probabiliste, active sur les germes urinaires, à débiter dès les prélèvements faits, sans en attendre les résultats et à adapter secondairement à l'antibiogramme ;
  - FLUOROQUINOLONE ciprofloxacine et AMINOSIDE gentamycine
  - relais per os 48 heures après apyrexie
  - arrêt précoce des aminosides
  - PENDANT 4 SEMAINES
- Repos au lit
- Antalgiques
- Abstinence ou rapports sexuels protégés jusqu'à guérison
- SURVEILLANCE : ECBU à 48 heures et à la fin du traitement.

**15** Malgré un traitement adapté à la prostatite, votre patient présente une réascension thermique à 40 °C, des douleurs périnéales, il y a une recrudescence des troubles mictionnels. La NFS montre une hyperleucocytose. Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmez-vous ? Quel sera votre traitement ?

- Abscès prostatique compliquant une prostatite aiguë
- Échographie endorectale
- Drainage échoguidé de l'abcès en plus du traitement médical



**16** Quel sera votre bilan au décours de l'épisode de prostatite ?

- ECBU
- Toucher rectal recherche adénome, cancer de prostate
- Débitmétrie urinaire recherche dysurie
- Calibrage du méat urétral
- Échographie rénale-vésicale-prostatique et urographie intraveineuse si anomalies
- Bilan MST : sérologies HIV 1 et 2 avec accord du patient, *chlamydiae*, TPHA-VDRL

**17** M. L., 32 ans, consulte pour troubles mictionnels à type de pollakiurie, de brûlures mictionnelles et d'algies pelviennes. Ces troubles évoluent depuis quelques mois par poussées. On note dans ses antécédents 3 épisodes de prostatite aiguë pour lesquels il a reçu à chaque fois une antibiothérapie pendant 10 jours. Quel est le diagnostic probable ? Quel sera le bilan ?

- Prostatite chronique consécutive à prostatite aiguë mal traitée
- Bilan de la question 16 +
- Échographie endorectale prostatique recherche calcifications prostatiques, augmentation de volume de la glande
- UIV peut montrer fuite du produit de contraste dans les canaux prostatiques
- Prélèvements urétraux pour mise en culture recherchent germes banals et *chlamydia*, gonocoque, mycoplasme
- Spermoculture si besoin

**18** M. E., 30 ans, consulte pour une fièvre à 40 °C, une douleur inguinoscrotale gauche violente et pulsatile. On note également des troubles mictionnels à type de pollakiurie et de brûlures mictionnelles. À noter des rapports sexuels non protégés depuis longtemps. Quel est votre diagnostic ? Quels sont les germes les plus fréquents avant 35 ans ? Après 35 ans ? Quels examens faites-vous ?

- Épididymite aiguë gauche :
  - < 35 ans : germes vénériens : *Chlamydia Trachomatis*, gonocoque
  - > 35 ans : germes banals dus à un obstacle cervicoprostatique

- **BILAN :**
  - ECBU avec direct et culture pour antibiogramme
  - hémocultures multiples aéro-anaérobies
  - prélèvements urétraux si urétrite pour mise en culture
  - échographie testiculaire bilatérale
  - bilan MST : sérologies HIV 1 et 2 avec accord patient, *chlamydiae*, TPHA-VDRL
  - rechercher obstacle cervicoprostatique si > 35 ans

**19** Quel sera votre traitement chez M. E. (cf. Q. 18) ?

- Même traitement que prostatite aiguë
- Suspensoir = porter des slips
- Dépistage et traitement des partenaires

**20** Quelles sont les complications de l'épididymite ?

- Extension : orchi-épididymite, prostatite, pyélonéphrite aiguë, septicémie
- Abcédation
- Récidive
- Chronicisation

**21** Quel diagnostic faut-il toujours évoquer lorsqu'un traitement adapté est complètement inefficace lors d'une infection urinaire ?

- Tuberculose urinaire

**22** Mme P., 24 ans, se présente aux urgences pour fièvre à 39,5 °C, associée à des troubles urinaires à type de brûlures mictionnelles et de pollakiurie et à des vomissements. On note une douleur lombaire droite permanente. Quel est votre diagnostic ? Quelle est la différence entre l'homme et la femme dans cette pathologie ?

- Pyélonéphrite aiguë droite
- Plus rare chez l'homme, toujours associée à prostatite aiguë
- Bilan étiologique systématique chez l'homme dès première pyélonéphrite

- 23** Quel sera votre bilan en urgence devant une pyélonéphrite aiguë ?
- ECBU avec examen direct, culture pour antibiogramme
  - Hémocultures multiples aéro-anaérobies avec antibiogramme
  - ASP et Échographie rénale : recherchent obstruction, lithiase urinaire, dilatation des cavités pyélocalicielles
  - NFS, CRP, ionogramme sanguin, créatininémie, urée
- 24** Quel sera votre traitement devant une pyélonéphrite ?
- *Idem* prostatite aiguë
- 25** Quel examen devra-t-il être fait d'urgence en cas de doute sur un obstacle ?
- **Scanner spiralé hélicoïdal sans injection de produit de contraste**
- 26** Quel sera votre bilan au décours d'une 1<sup>re</sup> pyélonéphrite chez une femme ?
- **AUCUN**
- 27** Quelles sont vos hypothèses devant une absence de régression de la symptomatologie de la pyélonéphrite à 48 heures, malgré un traitement bien conduit ? Quel examen ferez-vous ?
- **Abcès rénal voire phlegmon périnéphrétique**
  - **Scanner abdominal sans et avec injection de produit de contraste**
- 28** Chez un patient traité pour une pyélonéphrite aiguë, que vous évoque l'apparition d'une hématurie associée à des douleurs à type de colique néphrétique ? Quel examen ferez-vous et que montre-t-il ? Quel examen vous permettra-t-il de confirmer ?
- **Nécrose papillaire**
  - **Urographie intraveineuse après vérification de la créatininémie : montre aspect des calices en pince de crabe, en anneau ou en massue**
  - **Analyse histologique de la pièce si élimination : tissu rénal**



**29** Quel examen ferez-vous à un enfant de moins de 2 ans ayant souffert d'une pyélonéphrite ? Que recherchez-vous ?

- Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle
- Reflux vésico-urétéral

**30** Dans quel cas faut-il systématiquement traiter une bactériurie asymptomatique ?

- Bactériurie asymptomatique de la grossesse
- Risque de pyélonéphrite gravidique, de fausses couches spontanées, de menace d'accouchement prématuré et d'accouchements prématurés

**31** Quel est l'antibiotique de choix pour les pyélonéphrites de la femme enceinte ?

- Céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération : par exemple Rocéphine en MONOTHÉRAPIE

**32** Quels sont les antibiotiques permis pendant la grossesse ?

- $\beta$ -lactamines
- Macrolides
- Rifampicine



Question  
n° 156

## Tumeurs de la prostate



- ❖ Dépistage après 50 ans chez l'homme par TR
- ❖ PSA = marqueur tumoral
- ❖ Confirmation par BIOPSIES prostatiques puis anatomopathologie : adénocarcinome
- ❖ Gleason
- ❖ Cancer ostéophile : y penser devant « sciatique » chez l'homme > 50 ans
- ❖ Cancer hormonodépendant
- ❖ Chirurgie ou radiothérapie = curatifs, curage ilio-obturateur premier
- ❖ Hormonothérapie = palliatif

- 1** Épidémiologie du cancer de prostate.  
.....
- 2** Existe-t-il un dépistage du cancer de la prostate ? Quel est-il ?  
.....
- 3** Dans quelle région de la prostate le cancer se développe-t-il ? Dans quel cas est-il inaccessible au TR ?  
.....
- 4** Quels sont les modes de dissémination du cancer de prostate ? Classifiez.  
.....
- 5** Quelles sont les circonstances fréquentes de découverte d'un cancer de la prostate localisé ?  
.....
- 6** Devant une thrombose veineuse profonde chez un homme âgé de 60 ans, quel sera grossièrement votre bilan étiologique ?  
.....

- 7** Devant une AEG chez un homme > 50 ans, quelles maladies soupçonner ?
- .....
- 8** Quel est le moment-clé de l'examen clinique ? Décrivez-le.
- .....
- 9** Quel est le reste de votre examen ?
- .....
- 10** Quelle peut être la signification de signes fonctionnels urinaires dans un cancer de prostate ?
- .....
- 11** Devant une suspicion de cancer de prostate, quel sera votre démarche diagnostique ?
- .....
- 12** Que recherchez-vous à l'anatomopathologie ?
- .....
- 13** Quel est votre bilan après confirmation de cancer de prostate ?
- .....
- 14** Expliquez le score de Gleason.
- .....
- 15** Un homme de 60 ans se plaint de lomboradiculalgies gauches à type de sciatique. Quelles caractéristiques de cette douleur devraient vous alerter ? Quelle étiologie faut-il rechercher devant ce terrain ?
- .....
- 16** Quels types de métastases osseuses les cancers de prostate donnent-ils ?
- .....
- 17** Quels sont les cancers ostéophiles ?
- .....

**18** Devant un cancer de prostate apparemment localisé, quel sera votre traitement chez un patient de 55 ans ?

.....

**19** Quelles sont les complications de la prostatectomie radicale ?

.....

**20** Quelles sont les complications de la radiothérapie prostatique ?

.....

**21** Patient de 60 ans, ayant un cancer non limité de la prostate. Quel sera votre traitement ?

.....

**22** Quel est l'âge limite au-delà duquel on ne fait plus de traitement radical ?

.....

**23** Comment organisez-vous la surveillance après traitement curatif ?

.....

**24** Quelle est la limite principale de l'hormonothérapie ? Comment la dépister ? Quand survient-elle en moyenne ?

.....

- 1 Épidémiologie du cancer de prostate.
  - Homme > 50 ans
  - Pays industrialisés
  - Adénocarcinome hormonodépendant
  - Facteurs génétiques
- 2 Existe-t-il un dépistage du cancer de la prostate ? Quel est-il ?
  - OUI : TOUCHER RECTAL 1 fois par an à partir de 50 ans
- 3 Dans quelle région de la prostate le cancer se développe-t-il ? Dans quel cas est-il inaccessible au TR ?
  - Glande caudale = zone périphérique
  - Si tumeur de la zone de transition
- 4 Quels sont les modes de dissémination du cancer de prostate ? Classifiez.
  - LYMPHOPHILE : ganglions iliaques et obturateurs → ganglions hypogastriques et présacres → ganglions lombo-aortiques → ganglions médiastinaux
  - HÉMATOGÈNE par ordre de fréquence : osseuses +++, pulmonaires, hépatiques, SNC
- 5 Quelles sont les circonstances fréquentes de découverte d'un cancer de la prostate localisé ?
  - TR systématique
  - PSA élevés
  - Découverte histologique sur pièce d'adénomectomie ou copeaux de résection transurétrale
- 6 Devant une thrombose veineuse profonde chez un homme âgé de 60 ans, quel sera grossièrement votre bilan étiologique ?
  - RECHERCHE CANCER +++ : prostate, colorectal (donc TR SYSTÉMATIQUE), bronches si tabagisme :
    - PSA
    - NFS (anémie ?)
    - fibroscopie-coloscopie
    - radiographie thoracique



- scanner abdominopelvien (cancer profond, adénopathie compressive ?)
- Recherche troubles de l'hémostase : plaquettes, TP, TCA, puis orienté en fonction du premier bilan

**7** Devant une AEG chez un homme > 50 ans, quelles maladies soupçonner ?

- **CANCERS** : solides : prostate, côlon, bronches  
hémopathies : myélome multiple ++
- **HORTON** +++ : palper les pouls temporaux
- **Infectieux** : tuberculose +++

**8** Quel est le moment-clé de l'examen clinique ? Décrivez-le.

- **TOUCHER RECTAL** combiné au palper hypogastrique
  - nodule induré, irrégulier, inhomogène, indolore de la prostate
  - conservation du sillon médian
  - limité ou non à la glande
  - mobilité prostatique par rapport aux tissus avoisinants, blindage pelvien ?
  - on en profite pour examen du rectum (2<sup>e</sup> cancer ?)
  - peut être normal, on peut aussi palper un adénome de prostate

**9** Quel est le reste de votre examen ?

- **ÉTAT GÉNÉRAL, KARNOFSKY**
- **UROLOGIQUE** : recherche signes fonctionnels urinaires, troubles de la sexualité, globe vésical, palpation des fosses lombaires (retentissement haut appareil), organes génitaux externes
- **ON RECHERCHERA DES MÉTASTASES**
  - **ABDOMINAL** : palpation hépatique
  - **OSSEUX** : douleurs osseuses par métastases osseuses
  - **PULMONAIRE** : dyspnée, auscultation pulmonaire
  - **ADÉNOPATHIES**
  - **NEUROLOGIQUE**
- **EXAMEN CARDIOVASCULAIRE CAR SUJETS SOUVENT ÂGÉS**

**10** Quelle peut être la signification de signes fonctionnels urinaires dans un cancer de prostate ?

- Cancer évolué touchant l'urètre
- Ou cancer débutant de la zone transitionnelle

**11** Devant une suspicion de cancer de prostate, quel sera votre démarche diagnostique ?

**APRÈS LE TOUCHER RECTAL :**

- PSA plasmatiques
- Échographie prostatique endorectale
- Selon résultats, confirmation par **BIOPSIES PROSTATIQUES PAR VOIE TRANSRECTALE**
  - multiples
  - étagées
  - peuvent être échoguidées
  - après vérification de l'hémostase
  - après ECBU et stérilisation des urines
  - après préparation colique et couverture antibiotique
  - **POUR EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE**

**12** Que recherchez-vous à l'anatomopathologie ?

- Populations de cellules cancéreuses et type histologique (adénocarcinome +++)
- Nombre de biopsies positives
- Passage ou non en zone saine
- Score histopronostic de Gleason
- Micro-embols vasculaires ou lymphatiques

Ces critères sont pronostiqués dans le cancer de prostate.

**13** Quel est votre bilan après confirmation de cancer de prostate ?

- Radiographie thoracique face et profil, scanner thoracique si anomalie
- Échographie rénale-vésicale-prostatique
- Scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste si traitement curateur envisagé
- Si PSA > 10 ou si symptômes cliniques scintigraphie osseuse au Tc99m et radiographies standards osseuses sur les zones hyperfixantes ou symptomatiques
- Calcémie, NFS plaquettes, créatininémie, bilan hépatique : ASAT, ALAT,  $\gamma$ GT, ionogramme sanguin

**14** Expliquez le score de Gleason.

- Somme des **grades** de Gleason (cotés de 1 à 5 du plus au moins différencié) des 2 populations cellulaires les plus représentées sur les biopsies. Va donc de 2 à 10, plus le score de Gleason est élevé, moins le pronostic est bon.

**15** Un homme de 60 ans se plaint de lomboradiculalgies gauches à type de sciatique. Quelles caractéristiques de cette douleur devraient vous alerter ? Quelle étiologie faut-il rechercher devant ce terrain ?

- Douleur à horaire inflammatoire (réveils nocturnes) ou mixte
- D'installation progressive
- Sans impulsivité à la toux ou aux efforts
- Sans antécédents de sciatique ou de lumbago
- **RECHERCHER UN CANCER DE PROSTATE MÉTASTASÉ AUX OS du rachis lombosacré**

**16** Quels types de métastases osseuses les cancers de prostate donnent-ils ?

- **Métastases ostéocondensantes**

**17** Quels sont les cancers ostéophiles ?

- Sein
- Prostate
- Poumons
- Os
- Rein
- Thyroïde

NB : = SPPORT

**18** Devant un cancer de prostate apparemment localisé, quel sera votre traitement chez un patient de 55 ans ?

- **TRAITEMENT CURATEUR : 2 options**
  - **CHIRURGIE** : après ECBU et stérilisation des urines
    - curage ganglionnaire ilio-obturateur dans un 1<sup>er</sup> temps avec examen anatomopathologique extemporané
    - si métastases ganglionnaires : arrêt chirurgie, traitement palliatif



- si pas de métastases ganglionnaires : prostatectomie radicale
- RADIOTHÉRAPIE externe ou conformationnelle sur la prostate
- SURVEILLANCE clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

**19** Quelles sont les complications de la prostatectomie radicale ?

- Impuissance +++
- Incontinence urinaire
- Sténose de l'anastomose vésico-urétrale
- Complications communes de la chirurgie : abcès de paroi, hémorragie postopératoire, complications de l'anesthésie...

**20** Quelles sont les complications de la radiothérapie prostatique ?

- Dermite radique
- Rectite radique
- Diarrhée
- Cystite radique
- Impuissance
- Incontinence urinaire
- Sténoses urétrales, urétérales

**21** Patient de 60 ans, ayant un cancer non limité de la prostate. Quel sera votre traitement ?

- TRAITEMENT PALLIATIF
- SUPPRESSION DE LA SYNTHÈSE ANDROGÉNIQUE :
  - castration chirurgicale : pulpectomie bilatérale
  - ou hormonothérapie :
    - castration médicale par agonistes de la LHRH (Énantone®)
    - anti-androgènes stéroïdiens (Androcur®)
  - ou **blocage androgénique complet** : castration médicale ou chirurgicale et anti-androgènes non stéroïdiens (Anandron®)
- SURVEILLANCE clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement



**22** Quel est l'âge limite au-delà duquel on ne fait plus de traitement radical ?

- Âge physiologique > 70 ans
- Car risque de décès dû à une autre pathologie dans les 10 ans est supérieure à la mortalité due au cancer de prostate

**23** Comment organisez-vous la surveillance après traitement curatif ?

- RÉGULIÈRE, À VIE
- CLINIQUE : TR, examen complet
- PARACLINIQUE :
  - PSA
  - ECBU
  - NFS, créatininémie, urée plasmatique
  - radiographie thoracique, échographie abdominale et rénovésicale

**24** Quelle est la limite principale de l'hormonothérapie ? Comment la dépister ? Quand survient-elle en moyenne ?

- Échappement au traitement
- Dosage testostéronémie (augmentation)
- 24<sup>e</sup> mois de traitement

Question  
n° 158

## Tumeurs du rein



- ❖ Toute tumeur rénale est un cancer jusqu'à preuve du contraire
- ❖ Découverte fortuite
- ❖ Pas de dépistage/prévention
- ❖ La seule confirmation est l'histologie
- ❖ Examen de référence = scanner abdominal injecté
- ❖ Pas de ponction percutanée pour l'intérêt
- ❖ Pas de marqueur tumoral
- ❖ Traitement chirurgical radical = curateur

**1** Quelle est l'épidémiologie du cancer du rein ? Ceci implique-t-il des mesures de prévention ou de dépistage en conséquence ?

.....

**2** Quel est le mode de découverte le plus fréquent du cancer du rein ? Que voit-on ?

.....

**3** Quelles populations particulièrement à risque faut-il surveiller ?

.....

**4** Quelle est la forme histologique la plus fréquente du cancer du rein ? De quelles cellules les tumeurs dérivent-elles ?

.....

**5** Quelle est la triade clinique classique du cancer du rein ?

.....

**6** Décrivez l'hématurie « classique » du cancer du rein.

.....

**7** Quelles peuvent être les causes de douleurs dorsolombaires lors d'un cancer rénal ?

.....

**8** Quelle est l'anomalie testiculaire devant faire évoquer un cancer du rein ? Quel testicule est le plus fréquemment touché ? Pourquoi ?

.....

**9** Donnez 2 étiologies d'hépatomégalie lors d'un cancer du rein.

.....

**10** Quels sont les sites métastatiques les plus fréquents du cancer rénal ?

.....

**11** Que vous évoque une dyspnée lors d'un cancer rénal ?

.....

**12** Quel est l'examen de référence pour le diagnostic de cancer du rein ? Que s'attend-on à retrouver ?

.....

**13** Que recherche-t-on à l'UIV lors d'une suspicion de cancer du rein ?

.....

**14** Quelles sont les différences entre un kyste rénal et un cancer rénal ?

.....

**15** Que pourrait-on voir sur une NFS ?

.....

**16** Suspicion de thrombose cave : signes cliniques ?

.....

**17** En cas de thrombose cave suspectée, quels examens ajouterez-vous au bilan d'extension ?

.....

**18** Quel examen permet de confirmer formellement un cancer du rein devant une tumeur isolée ?

.....

**19** Devant ce cancer du rein, vous avez fait le bilan d'extension tumoral adéquat, l'état général est bon, vous vous apprêtez à traiter, mais il manque une donnée fondamentale permettant de décider des modalités du traitement. Laquelle ?

.....

**20** Quels sont les facteurs pronostics du cancer du rein ?

.....

**21** Quels sont les principes du traitement d'un cancer du rein ?

.....

**22** Quelles sont les indications d'une chirurgie conservatrice ?

.....

**23** Quelle est la tumeur bénigne rénale la plus fréquente ? Comment se diagnostique-t-elle ? Quelle est sa principale complication ?

.....



**1** Quelle est l'épidémiologie du cancer du rein ? Ceci implique-t-il des mesures de prévention ou de dépistage en conséquence ?

- Hommes plus touchés que femmes, après 50 ans, tabac et obésité sont favorisants
- NON, aucune prévention ni de dépistage pour la population générale.

**2** Quel est le mode de découverte le plus fréquent du cancer du rein ? Que voit-on ?

- Découverte FORTUITE dans 40 à 50 % des cas, lors d'une ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE faite dans autre but
- Les signes sont :
  - masse intrarénale pleine, tissulaire, hétérogène (zone hypo-échogène = nécrose)
  - sans renforcement postérieur
  - hypervascularisée au Doppler
  - permet également d'étudier la vessie et contribue au bilan d'extension (foie)
  - détecte les tumeurs de > 3 cm

**3** Quelles populations particulièrement à risque faut-il surveiller ?

- Dialysés chroniques
- Sujets atteints de Von-Hippel-Lindau
- Transplantés

**4** Quelle est la forme histologique la plus fréquente du cancer du rein ? De quelles cellules les tumeurs dérivent-elles ?

- Adénocarcinome rénal, dérivé des cellules du tube contourné proximal

**5** Quelle est la triade clinique classique du cancer du rein ?

- Hématurie, masse lombaire et douleurs lombaires (le plus souvent incomplète)

**6** Décrivez l'hématurie « classique » du cancer du rein.

- Hématurie
  - macroscopique
  - totale

- spontanée
- indolore
- capricieuse
- parfois accompagnée de caillots

**7** Quelles peuvent être les causes de douleurs dorsolombaires lors d'un cancer rénal ?

- Hémorragie intratumorale
- Envahissement pariétal par la tumeur
- Métastases osseuses
- Colique néphrétique par migration de caillots

**8** Quelle est l'anomalie testiculaire devant faire évoquer un cancer du rein ? Quel testicule est le plus fréquemment touché ? Pourquoi ?

- Varicocèle
- GAUCHE car : envahissement de la veine rénale gauche ou s'abouche la veine spermatique gauche (alors qu'à droite, elle s'abouche à la VCI)
- Par le thrombus tumoral d'où reflux dans la veine spermatique d'où varicocèle

**9** Donnez 2 étiologies d'hépatomégalie lors d'un cancer du rein.

- Métastases hépatiques
- Syndrome de Stauffer (cholestase anictérique indolore paranéoplasique)

**10** Quels sont les sites métastatiques les plus fréquents du cancer rénal ?

- Poumons
- Os (lytiques)
- Foie
- Surrénale homolatérale
- SNC
- Rein controlatéral

**11** Que vous évoque une dyspnée lors d'un cancer rénal ?

- EMBOLIE PULMONAIRE d'un thrombus tumoral cave inférieur
- Métastases pulmonaires
- Anémie

**12**

Quel est l'examen de référence pour le diagnostic de cancer du rein ? Que s'attend-on à retrouver ?

- **Scanner abdominal sans et avec injection de produit de contraste (au mieux : uroscanner)**
  - masse tissulaire, intrarénale, hétérogène
  - mal limitée, irrégulière
  - isodense au parenchyme rénal et prenant le contraste de façon hétérogène
  - recherche adénopathies abdominales (latéro-aortiques et inter-aortico-cave)
  - utile au bilan d'extension
- **NB : d'une manière générale, description scannographique transposable à toutes les tumeurs cancéreuses**

**13**

Que recherche-t-on à l'UIV lors d'une suspicion de cancer du rein ?

- **SYNDROME TUMORAL :**
  - modification des contours du rein
  - refoulement des cavités pyélocalicielles, étirées
  - déformation de l'uretère homolatéral : refoulé ou attiré
- **SIGNES DE MALIGNITÉ :**
  - amputation d'un calice
  - rigidité des cavités
  - lacune, contours irréguliers des cavités
- **MAIS : peut être normale ou montrer un rein muet**
- **DE PLUS : le diagnostic étant fait par le scanner, l'UIV est surtout utile à ÉLIMINER une TUMEUR UROTHÉLIALE ASSOCIÉE et ÉVALUER LA FONCTIONNALITÉ DU REIN CONTROLATÉRAL**

**14**

Quelles sont les différences entre un kyste rénal et un cancer rénal ?

- **CLINIQUES : le kyste ne provoque pas d'AEG**
- **RADIOGRAPHIQUES : le kyste est une tumeur liquidienne homogène, à parois fines non cloisonnées, non calcifiées, ne prenant pas le contraste**
- **BIOLOGIQUES : bilan biologique normal (pas d'anémie, de polyglobulie, de syndrome inflammatoire)**



**15** Que pourrait-on voir sur une NFS ?

- **LIGNÉE ROUGE** : anémie ou polyglobulie (paranéoplasiques)
- **LIGNÉE BLANCHE** : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
- **PLAQUETTES** : thrombocytose (donc syndrome inflammatoire biologique)

**16** Suspicion de thrombose cave : signes cliniques ?

- Œdèmes des membres inférieurs
- Circulation veineuse collatérale abdominale
- Varicocèle DROIT (signe d'envahissement cave) +/- gauche

**17** En cas de thrombose cave suspectée, quels examens rajouterez-vous au bilan d'extension ?

- **IRM thoraco-abdominale** en coupes frontales, sagittales, transversales, obliques (meilleur examen pour confirmer l'envahissement vasculaire)
- Échographie cardiaque (thrombus intracardiaque ?)

**18** Quel examen permet de confirmer formellement un cancer du rein devant une tumeur isolée ?

- **L'anatomopathologie**

**19** Devant ce cancer du rein, vous avez fait le bilan d'extension tumoral adéquat, l'état général est bon, vous vous apprêtez à traiter, mais il manque une donnée fondamentale permettant de décider des modalités du traitement. Laquelle ?

- **L'état du rein controlatéral** :
  - aspect à l'uroscanner
  - scintigraphie au DMSA au moindre doute(traitement conservateur si non fonctionnel, radical si fonctionnel)

**20** Quels sont les facteurs pronostics du cancer du rein ?

- **Grade histopronostic de Fuhrman**
- **Extension tumorale par le TNM**
- **Type histologique**
- **Embols vasculaire ou lymphatiques microscopiques**
- **État général, âge (indice de Karnofsky)**  
NB : schéma de réponse transposable à n'importe quelle tumeur cancéreuse



**21** Quels sont les principes du traitement d'un cancer du rein ?

- Hospitalisation
  - Traitement chirurgical radical curateur : néphrectomie élargie (ne pas oublier le côté) avec section de l'uretère le plus bas possible
  - Ablation de thrombus si nécessaire
  - Chirurgie des métastases si nécessaire
  - Pièces d'exérèse à adresser en anatomopathologie
  - Immunothérapie si métastases (INF alpha, IL2)
- NB : chimio et radiothérapies inefficaces

**22** Quelles sont les indications d'une chirurgie conservatrice ?

- Néphrectomie partielle si :
  - rein unique fonctionnel atteint
  - Von Hippel Lindau (tumeurs récidivantes)

**23** Quelle est la tumeur bénigne rénale la plus fréquente ? Comment se diagnostique-t-elle ? Quelle est sa principale complication ?

- Angiomyolipome
- TDM abdominal injecté : densité graisseuse caractéristique
- Rupture si volumineux et hémorragie rétropéritonéale

Question  
n° 160

## Tumeurs du testicule



- ❖ 1<sup>er</sup> cancer de l'homme entre 20 et 35 ans
- ❖ Toute augmentation asymptomatique du volume du testicule = tumeur jusqu'à preuve du contraire
- ❖ Rechercher tumeur sur testicule controlatéral
- ❖ **Examen bilatéral et comparatif**
- ❖ **Pas de biopsies**
- ❖ Marqueurs tumoraux :  $\alpha$ -FP,  $\beta$ HCG, diagnostics et pronostics
- ❖ CECOS
- ❖ Orchidectomie voie haute = confirmation diagnostic (anapath) et 1<sup>er</sup> temps thérapeutique

**1** Épidémiologie du cancer du testicule.

**2** Existe-t-il des facteurs de risque du cancer du testicule ?

**3** Quelle est la présentation clinique habituelle du cancer de testicule ?

**4** Quel sera votre examen clinique devant une suspicion de cancer de testicule ?

**5** Devant une masse testiculaire suspecte, quels sont les diagnostics différentiels du cancer du testicule ?

**6** En quoi la rapidité diagnostique et thérapeutique est-elle indispensable dans le cadre de ce cancer ?

**7** Quel sera la première partie de votre bilan paraclinique ?

.....

**8** Quel geste doit-il rapidement suivre ?

.....

**9** Quels sont les différents types de tumeurs testiculaires ? Les plus fréquentes ?

.....

**10** Pourquoi faut-il faire la différence entre les tumeurs séminomateuses (TS) et non séminomateuses (TNS) ?

.....

**11** Après exérèse l'anatomopathologie vous répond séminome pur. Le dosage des marqueurs tumoraux donne :  $\alpha$ -FP positif,  $\beta$ HCG négatif. Qu'en pensez-vous ?

.....

**12** Donnez les différents relais ganglionnaires du cancer du testicule ?

.....

**13** Lesquels des 3 marqueurs  $\alpha$ -FP,  $\beta$ HCG, et LDH peuvent-ils être spécifiques ?

.....

**14** Quelle est la nécessité du CECOS ?

.....

**15** Quels sont les facteurs pronostiques du cancer du testicule ?

.....

**16** Donnez les principes du traitement d'un séminome localisé après chirurgie.

.....

**17** *Idem* pour un séminome avec métastases ganglionnaires N1 ou N2.

.....

**18** Vous concluez après bilan à une tumeur du testicule germinale non séminomateuse TxNOMO. Quel est le problème au niveau thérapeutique ?

.....

**19** Quels sont donc les possibilités de traitement à ce stade ? (cf. Q. 18)

.....

**20** Même question pour une tumeur germinale non séminomateuse TxN+ et/ou M+.

.....

**21** Pour les différentes options thérapeutiques de la question 19, pesez le pour et le contre en quelques mots.

.....

**22** Quelles sont les 2 molécules les plus actives dans le traitement des tumeurs non séminomateuses ? Donnez leur classe.

.....

**23** Comment organisez-vous la surveillance ?

.....

**24** Quel est l'indice le plus sensible de rechute ou de traitement incomplet ?

.....

**25** Quelle est la tumeur testiculaire la plus fréquente chez l'homme âgé ?

.....

**26** À quel type de cancer penser si le patient présente une gynécomastie d'apparition récente ?

.....



**1** Épidémiologie du cancer du testicule.

- Homme jeune
- Blanc
- 1<sup>er</sup> cancer de l'homme entre 20 et 35 ans

**2** Existe-t-il des facteurs de risque du cancer du testicule ?

- OUI :
  - atrophie testiculaire (dysgénésie gonadique, orchite ourlienne)
  - cryptorchidie
  - ectopie testiculaire

**3** Quelle est la présentation clinique habituelle du cancer de testicule ?

- Homme jeune
- Augmentation isolée du volume d'une bourse, ressentie voire palpée par le patient ou palpée lors d'un examen systématique

**4** Quel sera votre examen clinique devant une suspicion de cancer de testicule ?

- EXAMEN COMPLET
- GÉNÉRAL : AEG ? anorexie ? amaigrissement ?
- UROLOGIQUE :
  - inspection : bourse augmentée de volume
  - palpation bilatérale et comparative : tumeur dure et irrégulière, indolore, non inflammatoire, signe de Chevassu, opaque à la transillumination
  - TR systématique
- RECHERCHE MÉTASTASES : palpation abdominale, hépatomégalie, adénopathies (Troisier ++) et douleur lombaire en faveur adénopathie rétropéritonéale, dyspnée, examen neurologique
- Rechercher gynécomastie

**5** Devant une masse testiculaire suspecte, quels sont les diagnostics différentiels du cancer du testicule ?

- AUCUN : toute masse testiculaire est un cancer jusqu'à preuve du contraire

**6** En quoi la rapidité diagnostique et thérapeutique est-elle indispensable dans le cadre de ce cancer ?

- Sujets jeunes en bon état général
- Retard thérapeutique de 6 mois entraîne un doublement de la mortalité

**7** Quel sera la première partie de votre bilan paraclinique ?

- Échographie testiculaire bilatérale : masse hypo-échogène, rechercher tumeur controlatérale infraclinique
- Marqueurs tumoraux :  $\alpha$ -FP,  $\beta$ HCG, et LDH
- Radiographie pulmonaire face et profil
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste
- Préservation du sperme au CECOS
- Bilan hépatique

**8** Quel geste doit-il rapidement suivre ?

- Chez un malade prévenu du risque d'orchidectomie
- Après conservation du sperme au CECOS
- Orchidectomie par voie inguinale (JAMAIS SCROTALE)
- Après ligature haute du cordon et dosage des marqueurs tumoraux au sang du cordon
- Envoi de la pièce d'exérèse en anatomopathologie
- Mise en place d'une prothèse testiculaire dans un second temps
- Surveillance
- Ce geste est **diagnostic ET la première étape de toute thérapeutique**

**9** Quels sont les différents types de tumeurs testiculaires ? Les plus fréquentes ?

- Tumeurs germinales :
  - tumeurs séminomateuses
  - tumeurs non séminomateuses
  - **tumeurs mixtes = les plus fréquentes (40 %)**
- Tumeurs non germinales
- Tumeurs secondaires : lymphomes, métastases

**10** Pourquoi faut-il faire la différence entre les tumeurs séminomateuses (TS) et non séminomateuses (TNS) ?

- Différence d'évolutivité : TS : extension lymphatique ++ alors que TNS : dissémination hématogène et micrométastases ganglionnaires possibles
- Différences de traitement : TS : radiothérapie ++ alors que TNS : chimiothérapie ++

**11** Après exérèse l'anatomopathologie vous répond séminome pur. Le dosage des marqueurs tumoraux donne :  $\alpha$ -FP positif,  $\beta$ HCG négatif. Qu'en pensez-vous ?

- IMPOSSIBLE : l' $\alpha$ -FP est forcément négative dans les séminomes, c'est donc une tumeur germinale mixte séminomateuse et non séminomateuse
- Il faut faire relire les lames.
- Il faut étudier le dosage des marqueurs dans le sang veineux du cordon.

**12** Donnez les différents relais ganglionnaires du cancer du testicule ?

- Iliaques
- Lombo-aortiques
- Médiastinaux

NB : pas de relais inguinaux en général

**13** Lesquels des 3 marqueurs  $\alpha$ -FP,  $\beta$ HCG, et LDH peuvent-ils être spécifiques ?

- $\alpha$ -FP et  $\beta$ HCG
- LDH reflètent le volume tumoral

**14** Quelle est la nécessité du CECOS ?

- Hypofertilité en postopératoire
- Toxicité gonadique d'une éventuelle chimiothérapie
- MAIS patients souvent hypofertiles du fait de la maladie (1/3)

**15** Quels sont les facteurs pronostiques du cancer du testicule ?

- Stade TNM = extension tumorale
- Type histologique
- Micro-envahissement vasculaire ou lymphatique



- Taux des marqueurs tumoraux : si normaux ou très augmentés en préopératoire et si pas ou peu de diminution en postopératoire

**16** Donnez les principes du traitement d'un séminome localisé après chirurgie.

- Radiothérapie prophylactique sous-diaphragmatique et ganglions iliaques et lombo-aortiques homolatéraux

**17** *Idem* pour un séminome avec métastases ganglionnaires N1 ou N2.

- *Idem* question 16 avec surdosage sur les adénopathies

**18** Vous concluez après bilan à une tumeur du testicule germinale non séminomateuse TxNOM0. Quel est le problème au niveau thérapeutique ?

- Fréquence des micrométastases ganglionnaires dans les tumeurs germinales non séminomateuses
- Stade N0 radiologique pas forcément N0 histologique

**19** Quels sont donc les possibilités de traitement à ce stade ? (cf. Q. 18)

- EN FONCTION DES FACTEURS PRONOSTICS ET DE LA COMPLIANCE DU PATIENT :
  - abstention et surveillance
  - curage lymphatique lombo-aortique homolatéral pour anatomopathologie : si N- surveillance, si N+ chimiothérapie
  - chimiothérapie d'emblée

**20** Même question pour une tumeur germinale non séminomateuse TxN+ et/ou M+.

- Polychimiothérapie systémique par protocole BEP : Bléomycine, Étoposide, (cis-)Platine

**21** Pour les différentes options thérapeutiques de la question 19, pesez le pour et le contre en quelques mots.

- SURVEILLANCE :
  - POUR : pas de iatrogénie
  - CONTRE : risque de progression tumorale



- **CURAGE LOMBO-AORTIQUE :**
  - **POUR :** anatomopathologie guide le traitement
  - **CONTRE :** complications (éjaculations rétrogrades, anéjaculation chez patients jeunes), morbidité de la chirurgie
- **CHIMIOTHÉRAPIE :**
  - **POUR :** laver le risque de dissémination
  - **CONTRE :** iatrogène pas forcément nécessaire (azoospermie...)

**22** Quelles sont les 2 molécules les plus actives dans le traitement des tumeurs non séminomateuses ? Donnez leur classe.

- **Étoposide :** épipodophyllotoxines (inhibiteurs de la topoisomérase II) de la famille des agents tubulo-affins
- **Cisplatine :** sels de platine de la famille des alkylants

**23** Comment organisez-vous la surveillance ?

- **Régulière, À VIE**
- **CLINIQUE :** examen testicule controlatéral restant
- **PARACLINIQUE :**
  - dosage marqueurs tumoraux
  - radiographie pulmonaire
  - scanner abdopelvien
  - spermogramme à 3 mois
- **ÉDUCATION DU PATIENT :** autopalpation testiculaire

**24** Quel est l'indice le plus sensible de rechute ou de traitement incomplet ?

- **Augmentation des marqueurs tumoraux dans le sang**

**25** Quelle est la tumeur testiculaire la plus fréquente chez l'homme âgé ?

- **Lymphome**

**26** À quel type de cancer penser si le patient présente une gynécomastie d'apparition récente ?

- **Choriocarcinome (par sécrétion de  $\beta$ HCG)**

Question  
n° 216

## Rétention aiguë d'urine



- ❖ Urgence thérapeutique
- ❖ Diagnostic clinique
- ❖ Traitement = drainage vésical en urgence
- ❖ 2 types de drainage : cathéter sus-pubien ou sonde vésicale
- ❖ Connaître leurs contre-indications
- ❖ PAS de sondage vésical si prostatite

**1** Définition d'une rétention aiguë d'urine (RAU).

.....

**2** Comment fait-on le diagnostic de RAU ?

.....

**3** Donnez les caractéristiques du globe vésical.

.....

**4** Comment fait-on la différence entre une ascite et un globe ?

.....

**5** Quelle est la différence entre une RAU et une anurie ?  
Comment les différencier ?

.....

**6** Comment peut se présenter une RAU chez une personne âgée ?

.....

**7** Quels sont les examens devant une RAU ?

.....

**8** Quel geste de l'examen clinique est-il indispensable au décours du drainage ?

.....

**9** Quels autres éléments de l'examen sont-ils cruciaux ?

.....

**10** Comment traitez-vous une RAU dans le principe ?

.....

**11** Quel est le risque d'une évacuation trop rapide de la vessie ?

.....

**12** Quelle est la cause la plus fréquente de RAU chez l'homme de plus de 50 ans ? Chez l'homme jeune ?

.....

**13** Quelles sont les contre indications du sondage vésical ?

.....

**14** Quelles sont les contre-indications du cathétérisme sus-pubien ?

.....

**15** Quels médicaments inducteurs de RAU (en cas de pathologie prostatique ++) devez-vous connaître ?

.....

**16** Vous soupçonnez M. G. d'être en globe, pourtant les transmissions indiquent l'évacuation de quelques urines dans la couche. Comment est-ce possible ?

.....

**1**

Définition d'une rétention aiguë d'urine (RAU).

- **Impossibilité brutale et totale d'uriner**

**2**

Comment fait-on le diagnostic de RAU ?

- **DIAGNOSTIC CLINIQUE : globe vésical** à la palpation et à la percussion
- Échographie vésicale seulement si on veut quantifier le volume du globe ou pour les diagnostics difficiles (obèses)

**3**

Donnez les caractéristiques du globe vésical.

- Masse hypogastrique douloureuse
- Mat à la percussion
- Convexe en haut
- Pouvant remonter jusqu'à l'ombilic

**4**

Comment fait-on la différence entre une ascite et un globe ?

- **Le globe ne descend pas sur les flancs**

**5**Quelle est la différence entre une RAU et une anurie ?  
Comment les différencier ?

- **Anurie = pas de production d'urines (vessie vide)**
- **RAU = obstacle à l'émission des urines (vessie pleine)**

**6**

Comment peut se présenter une RAU chez une personne âgée ?

- **Agitation, syndrome confusionnel**
- **Rq : Toujours penser au toucher rectal lors de tels tableaux chez les sujets âgés**

**7**

Quels sont les examens devant une RAU ?

- **IMMÉDIATS EN URGENCE :**
  - retentissement : urée plasmatique, créatininémie, ionogramme sanguin (kaliémie ++), ECG si besoin
  - étiologique : ECBU
  - préthérapeutique : TP, TCA, plaquettes
- **ULTÉRIEURS : échographie réno-vésico-prostatique pour bilan étiologique de débrouillage**



**8** Quel geste de l'examen clinique est-il indispensable au décours du drainage ?

- **Toucher rectal** : recherche obstacle prostatique chez l'homme et fécalome dans les deux sexes

**9** Quels autres éléments de l'examen sont-ils cruciaux ?

- **INTERROGATOIRE** : antécédents médicaux (diabète, pathologie neurologique), traitements +++ (anticoagulants, anticholinergiques...)
- **EXAMEN** : examen neurologique +++ : sensibilité périnéale, tonus périnéal, et examen complet

**10** Comment traitez-vous une RAU dans le principe ?

- **URGENCE THÉRAPEUTIQUE**
  - traitement symptomatique à commencer avant l'examen clinique à visée étiologique
  - pose d'une voie veineuse périphérique, bilan biologique (cf. Q. 7)
  - **drainage vésical** soit par **sondage vésical** soit par **cathétérisme sus-pubien** avec vidange lente et progressive, ECBU sur le liquide de drainage
  - rééquilibration hydro-électrolytique
  - compensation des pertes
- **SURVEILLANCE** clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement (syndrome de levée d'obstacle)

**11** Quel est le risque d'une évacuation trop rapide de la vessie ?

- **Hémorragie vésicale à vacuo**

**12** Quelle est la cause la plus fréquente de RAU chez l'homme de plus de 50 ans (1) ? Chez l'homme jeune (2) ?

- **Adénome de prostate** (1)
- **Prostatite aiguë** (2)

**13** Quelles sont les contre indications du sondage vésical ?

- **État septique urinaire** (urétrite, **prostatite**, épididymite)
- **Traumatisme urétral**
- **Traumatisme du bassin** (suspicion trauma urétral)
- **Sténose urétrale**
- **Jeune garçon**

**14** Quelles sont les contre-indications du cathétérisme sus-pubien ?

- **Globe incertain ou absence de globe**
- **Tumeur de vessie**
- **Hématurie non explorée (suspicion tumeur vessie)**
- **Hématurie importante (risque caillottage)**
- **Troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant**
- **Pontage artériel extra-anatomique rétropubien**
- **Laparotomie sous ombilicale (contre indication relative)**

**15** Quels médicaments inducteurs de RAU (en cas de pathologie prostatique ++) devez-vous connaître ?

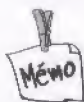
- **Antidépresseurs tricycliques**
- **Neuroleptiques phénotiaziniques**
- **Et tous les médicaments avec propriétés anticholinergiques**

**16** Vous soupçonnez M. G. d'être en globe, pourtant les transmissions indiquent l'évacuation de quelques urines dans la couche. Comment est-ce possible ?

- **Globe vésical avec incontinence urinaire par regorgement**

Question  
n° 247

## Hypertrophie bénigne de la prostate



- ❖ Fréquence ++++ après 60 ans
- ❖ Pas de parallélisme anatomoclinique
- ❖ Dysurie et pollakiurie, souvent multifactoriels
- ❖ TOUCHER RECTAL fait le diagnostic
- ❖ Éliminer cancer de la prostate
- ❖ Rechercher atteinte du haut appareil urinaire
- ❖ Ne dégénère jamais
- ❖ Connaître les principaux traitements, leurs indications et leurs principales complications

**1** Épidémiologie de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP).

**2** Sur quelle zone anatomique se développe l'HBP ?

**3** Quelles informations les symptômes donnent-ils sur la taille de l'adénome ?

**4** Quels sont les symptômes poussant à consulter ?

**5** Quel examen va-t-il confirmer l'HBP ? Que montre-t-il ?

**6** Quel est le reste de votre examen clinique après l'examen de la question 5 ?

**7** Quel est le bilan paraclinique obligatoire devant une HBP ?  
Quel est le bilan utile ?

.....

**8** Quels sont les diagnostics différentiels de l'HBP ? Donnez les différences en quelques mots.

.....

**9** Quelles sont les complications de l'HBP ?

.....

**10** Quelle pathologie abdominale peut être associée à l'HBP ?

.....

**11** M. B, 56 ans, vient consulter pour dysurie gênante depuis 6 mois. À l'examen vous retrouvez une hypertrophie prostatique importante. On note également des hématuries macroscopiques depuis 4 mois. Ce patient a comme antécédents un tabagisme à 35 PA. Les hématuries peuvent-elles être dues à l'HBP ? Quelle est votre attitude ?

.....

**12** Quels sont les différents traitements dont peut bénéficier une HBP ?

.....

**13** Donnez les principales options médicamenteuses avec un exemple de chaque.

.....

**14** Quelles sont les indications de la chirurgie ?

.....

**15** Quelles sont les 2 principales techniques chirurgicales et leurs indications ?

.....

**16** Que faut-il proposer à un sujet jeune ou désirant encore avoir des enfants avant une résection endoscopique de prostate ?

.....



**17** Quelles sont vos hypothèses devant la réapparition d'une dysurie à court et long terme en postopératoire ?

.....

**18** Quelle est LA complication à prévenir lors d'une adénomectomie par voie haute ?

.....

**19** Quelles sont les complications d'une adénomectomie par voie haute ?

.....

**20** Quel est le risque de dégénérescence d'un adénome de prostate ?

.....

**21** Quelle est la complication principale des  $\alpha$ -bloquants ?

.....

- 1 Épidémiologie de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP).
  - Fréquence +++
  - Hommes > 50 ans
  - Hormonodépendance
- 2 Sur quelle zone anatomique se développe l'HBP ?
  - Prostate crâniale (= zone transitionnelle)
- 3 Quelles informations les symptômes donnent-ils sur la taille de l'adénome ?
  - AUCUNE : pas de parallélisme anatomoclinique
- 4 Quels sont les symptômes poussant à consulter ?
  - Syndrome obstructif : dysurie
  - Syndrome irritatif : impériosités mictionnelles, pollakiurie diurne et nocturne
  - Complications aiguës révélatrices
- 5 Quel examen va-t-il confirmer l'HBP ? Que montre-t-il ?
  - TOUCHER RECTAL avec palper hypogastrique
  - Montre :
    - une saillie intrarectale (= HBP)
    - avec effacement du sillon médian
    - homogène et bien limitée
    - régulière
    - lisse
    - indolore
    - de consistance élastique
- 6 Quel est le reste de votre examen clinique après l'examen de la question 5 ?
  - Palpations fosses lombaires, contact lombaire : si gros rein, retentissement sur le haut appareil urinaire
  - Palpation hypogastrique recherche globe vésical
  - Examen des organes génitaux externes : sténose du méat, du prépuce, du sillon balanoprépucial...
  - Palpation des fosses hernaires
  - Examen général : recherche signes d'insuffisance rénale chronique, examen cardiovasculaire +++ (âge)

**7**

Quel est le bilan paraclinique obligatoire devant une HBP ?  
Quel est le bilan utile ?

- **OBLIGATOIRE :**
  - bandelette urinaire, ECBU
  - créatininémie, ionogramme sanguin
- **UTILE :**
  - débitmétrie urinaire
  - échographie réno-vésico-prostatique : pour mesure du résidu post-mictionnel, recherche lithiase de vessie, aspect des reins (dilatation des cavités pyélocalicielles ?)
  - dosage du PSA

**8**

Quels sont les diagnostics différentiels de l'HBP ? Donnez les différences en quelques mots.

- **Devant grosse prostate :**
  - **cancer de prostate +++** (mais nodule indure au TR, augmentation du PSA)
  - prostatite chronique (mais antécédents infectieux, calcifications prostatiques à l'échographie)
- **Devant dysurie :**
  - sténose du méat (mais antécédents d'urétrite, traumatiques pelviens ou de sondage urétral)
  - sténose du col (mais sujet jeune)

**9**

Quelles sont les complications de l'HBP ?

- **AIGÜES (peuvent être révélatrices) :**
  - rétention vésicale complète avec globe
  - accidents infectieux (prostatite sur adénome)
  - hématurie macroscopique
- **CHRONIQUES :**
  - mictions par regorgement, rétention chronique d'urines
  - insuffisance rénale chronique
  - lithiase vésicale

**10**

Quelle pathologie abdominale peut être associée à l'HBP ?

- **Pathologie de la paroi abdominale :** les hernies inguinales et crurales

**11** M. B, 56 ans, vient consulter pour dysurie gênante depuis 6 mois. À l'examen vous retrouvez une hypertrophie prostatique importante. On note également des hématuries macroscopiques depuis 4 mois. Ce patient a comme antécédents un tabagisme à 35 PA. Les hématuries peuvent-elles être dues à l'HBP ? Quelle est votre attitude ?

- **OUI MAIS l'HBP doit être une étiologie d'élimination devant les hématuries surtout quand terrain tabagique (facteur de risque +++)**
- **D'où éliminer une tumeur urothéliale :**
  - échographie rénale et vésicale
  - cytologie urinaire
  - urographie intraveineuse après vérification créatininémie
  - cystoscopie après ECBU et stérilisation des urines avec exérèse et anatomopathologie éventuellement

**12** Quels sont les différents traitements dont peut bénéficier une HBP ?

- **Abstention et surveillance**
- **Médicamenteux**
- **Chirurgical**

**13** Donnez les principales options médicamenteuses avec un exemple de chaque.

- **Phytothérapie : Tadenan®**
- **$\alpha$ -bloquants : Xatral®**
- **Inhibiteurs de la 5 $\alpha$ -réductase : Proscar®**
- **PAS D'ASSOCIATIONS**

**14** Quelles sont les indications de la chirurgie ?

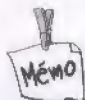
- **Retentissement sur le haut appareil urinaire : insuffisance rénale obstructive**
- **Retentissement vésical : résidu post-mictionnel > 100 mL, lithiase vésicale, vessie de lutte**
- **Rétentions vésicales complètes itératives sans possibilités de sevrage de la sonde urinaire**
- **Infections prostatiques itératives**
- **HBP ne répondant pas au traitement médical maximal**
- **Hématuries récidivantes abondantes**



- 15** Quelles sont les 2 principales techniques chirurgicales et leurs indications ?
- Résection transurétrale de prostate (référence) avec examen anatomopathologique des copeaux de résection : si adénome < 60 grammes
  - Adénomectomie par voie haute : si adénome > 60 grammes
- 16** Que faut-il proposer à un sujet jeune ou désirant encore avoir des enfants avant une résection endoscopique de prostate ?
- Conservation du sperme au CECOS
  - Car éjaculation rétrograde complique RTUP dans 75 % des cas
- 17** Quelles sont vos hypothèses devant la réapparition d'une dysurie à court et long terme en postopératoire ?
- Sténose de l'urètre ou du méat
  - Sclérose du col
  - Cancer de prostate sur la coque de l'adénome
  - Repousse de l'HBP (10 à 15 ans)
- 18** Quelle est LA complication à prévenir lors d'une adénomectomie par voie haute ?
- Complication thromboembolique : thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, comme lors de toute chirurgie pelvienne
  - HBPM préventifs, mobilisation précoce, port de bas de contention si nécessaire
- 19** Quelles sont les complications d'une adénomectomie par voie haute ?
- Hémorragie de la loge de résection
  - Abscesses de paroi
  - Infections génito-urinaires
  - Fistule vésicopariétale (spécifique)
- 20** Quel est le risque de dégénérescence d'un adénome de prostate ?
- 0 %
- 21** Quelle est la complication principale des  $\alpha$ -bloquants ?
- Hypotension orthostatique (comme pour les antiHTA de la même classe)

Question  
n° 259

## Lithiases urinaires



- ❖ Calciques radio-opaques = les plus fréquentes (90 %)
- ❖ Le plus souvent asymptomatiques
- ❖ Colique néphrétique = symptôme d'une obstruction urinaire qu'elle soit lithiasique ou autre
- ❖ Critères de gravité d'une colique néphrétique = fièvre, anurie, hyperalgie
- ❖ Colique néphrétique simple = ASP et échographie en urgence
- ❖ Colique néphrétique compliquée ou terrain particulier (sauf grossesse) = scanner abdominal spiralé hélicoïdal sans injection
- ❖ Colique néphrétique simple → urgence thérapeutique, AINS parentéraux et retour domicile
- ❖ Colique néphrétique compliquée → hospitalisation en urgence et dérivation des urines en urgence et traitement étiologique
- ❖ Colique néphrétique = risque de récurrence, traitement préventif +++
- ❖ Connaître les différentes méthodes radicales d'extraction des calculs

**1** Épidémiologie des lithiases.

.....

**2** Donnez les différents types de lithiases urinaires.

.....

**3** Quelles sont les lithiases radiotransparentes ?

.....

**4** Quels sont les facteurs favorisant la formation d'une lithiasé ?

.....

**5** Quel est le mode de découverte le plus fréquent des lithiases ?

.....

**6** Quelles sont les autres formes révélatrices des lithiases ?

.....

**7** Mme M., 35 ans, cadre supérieur, vient consulter pour douleurs lombaires droites intenses, paroxystiques, évoluant par spasmes. La patiente est très agitée. Pas d'antécédents particuliers, elle revient d'un voyage de 12 heures en avion. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quel examen simple et rapide peut vous orienter dans ce sens ?

.....

**8** Quelles sont les données cliniques manquantes indispensables à la prise en charge de Mme M. (cf. Q. 7) ?

.....

**9** Quels examens faites-vous devant une colique néphrétique non compliquée dans le cadre de l'urgence ?

.....

**10** Quel est l'examen d'imagerie à faire en premier lieu devant une colique néphrétique compliquée ?

.....

**11** Comment traitez-vous une colique néphrétique simple ?

.....

**12** Quels sont les symptômes nécessitant un retour aux urgences ?

.....

**13** Comment traitez-vous une colique néphrétique anurique ?

.....

**14** Comment traitez-vous une pyélonéphrite aiguë sur obstacle ?

.....



- 15** Que faut-il faire avant de qualifier une colique néphrétique d'hyperalgique ?
- .....
- 16** Un patient venant de faire sa première crise de colique néphrétique vous demande si cela peut se reproduire, et dans quel ordre de fréquence ?
- .....
- 17** Une colique néphrétique est-elle synonyme de lithiase ?
- .....
- 18** Quelles sont vos hypothèses devant une colique néphrétique avec ASP normal ?
- .....
- 19** Quel sera votre bilan de 1<sup>re</sup> intention au décours d'une 1<sup>re</sup> crise de colique néphrétique lithiasique ?
- .....
- 20** Quel type de lithiase a une origine infectieuse ? Quels sont les critères orientant vers ce type de lithiase ?
- .....
- 21** Quel sont les différentes méthodes d'extraction radicale des calculs et leurs indications ?
- .....
- 22** Quelle est votre surveillance après une lithotripsie extracorporelle ?
- .....
- 23** Quel est le traitement préventif d'une lithiase calcique ? Comment vérifier la compliance à la cure de diurèse ?
- .....
- 23** Quelle peut être l'évolution des lithiases ?
- .....



**1** Épidémiologie des lithiases.

- Hommes > femmes
- 30 à 50 ans
- Niveau socio-économique élevé
- Pays chauds

**2** Donnez les différents types de lithiases urinaires.

Par ordre de fréquence :

- Calciques +++ :
  - oxalate de calcium
  - phosphate de calcium
  - oxalo-phospho-calcique
- Phospho-ammoniac-magnésiens (PAM)
- Uriques
- Cystiniques, xanthiques, médicamenteuses

**3** Quelles sont les lithiases radiotransparentes ?

⇒ Correspondent à moins de 10 % des cas

- Uriques ++
- Xanthiques pures

**4** Quels sont les facteurs favorisant la formation d'une lithiasse ?

- Augmentation de la concentration des urines et dépassement du seuil de solubilité des substances cristallisables
- Malformations anatomiques favorisant la stase urinaire
- Infection urinaire à germes uréalytiques
- PH urinaire (acide = urique, basique = phosphocalcique)
- Présence de corps étrangers : sondes, fils...

**5** Quel est le mode de découverte le plus fréquent des lithiases ?

- FORTUITE, longtemps asymptomatiques
- Par une ASP ou une échographie urinaire faites pour d'autres raisons

**6** Quelles sont les autres formes révélatrices des lithiases ?

- Colique néphrétique
- Hématurie micro ou macroscopique

- Infection urinaire
- Insuffisance rénale aiguë ou chronique
- Anurie (lithiase bilatérale ou rein unique)

**7**

Mme M., 35 ans, cadre supérieur, vient consulter pour douleurs lombaires droites intenses, paroxystiques, évoluant par spasmes. La patiente est très agitée. Pas d'antécédents particuliers, elle revient d'un voyage de 12 heures en avion. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quel examen simple et rapide peut vous orienter dans ce sens ?

- Colique néphrétique droite
- Bandelette urinaire :
  - montre hématurie
  - rechercher infection : nitrites, leucocyturie

**8**

Quelles sont les données cliniques manquantes indispensables à la prise en charge de Mme M. (cf. Q. 7) ?

- ÉLIMINER COLIQUE NÉPHRÉTIQUE COMPLIQUÉE :

- terrain :
  - grossesse en cours
  - insuffisance rénale chronique
  - rein unique
  - transplantée rénale
- urgence chirurgicale :
  - fièvre (= pyélonéphrite sur obstacle)
  - anurie

NB : une autre urgence est la colique néphrétique hyperalgique

- ÉLIMINER AUTRES URGENCES :

- touchers pelviens, palpation abdominale (point de Mac Burney) : appendicite
- signe de Murphy : cholécystite ou angiocholite
- leucorrhées, toucher vaginal : salpingite
- métrorragies, date des dernières règles, contraception, tabagisme : grossesse extra-utérine
- torsion de kyste de l'ovaire droit (chez l'homme : torsion de testicule)

- RECHERCHER UNE CONTRE INDICATION AUX AINS

**9**

Quels examens faites-vous devant une colique néphrétique non compliquée dans le cadre de l'urgence ?

- **BIOLOGIQUES :**

- fonction rénale : urée plasmatique, créatininémie, ionogramme sanguin (une insuffisance rénale aiguë importante est équivalente à une anurie)
- ECBU avec examen direct, mise en culture et antibiogramme
- NFS, plaquettes, CRP
- hémostase au cas où drainage nécessaire

- **IMAGERIE :**

- ASP face +/- trois-quarts : recherche calcul radio-opaque
- échographie rénale-vésicale :
  - recherche calcul : image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur
  - recherche dilatation des cavités pyélocalicielles, évalue état parenchyme rénal
  - recherche autre obstacle si pas de calcul

⇒ Aucun signe n'est constant

**10**

Quel est l'examen d'imagerie à faire en premier lieu devant une colique néphrétique compliquée ?

- Scanner spiralé hélicoïdal sans injection de produit de contraste sauf chez la femme enceinte où on se limitera à l'échographie : sensibilité et spécificité +++ pour faire le diagnostic de l'étiologie de la colique néphrétique

**11**

Comment traitez-vous une colique néphrétique simple ?

- **AUX URGENCES**, pas d'hospitalisation dans un 1<sup>er</sup> temps
- **URGENCE THÉRAPEUTIQUE**
  - pose d'une voie veineuse périphérique
  - TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE : anti-inflammatoire non stéroïdien par voie intraveineuse : Kétoprofène, en l'absence de contre-indications.
  - si contre-indications aux AINS et douleur intense : antalgique morphinique : chlorhydrate de morphine IV 0,1 mg/kg toutes les 4 heures d'emblée
  - boissons libres (pas de restriction hydrique)
  - SURVEILLANCE aux urgences pendant quelques heures, avec recueil et tamisage des urines



- SI SOULAGEMENT COMPLET :
  - retour à domicile
  - consignes explicatives fournies
  - continuer à tamiser les urines
  - recueillir et garder tous les calculs expulsés
  - prévoir rendez-vous de consultation externe
- SI TRAITEMENT PAS TOTALEMENT EFFICACE :
  - HOSPITALISATION

**12** Quels sont les symptômes nécessitant un retour aux urgences ?

- Fièvre à 38° ou plus
  - Frissons
  - Vomissements
  - Réapparition ou modification de la douleur
  - Malaise
  - Hématurie
  - Anurie > 24 heures
- ⇒ Ceci doit être expliqué au patient avant son retour à domicile.

**13** Comment traitez-vous une colique néphrétique anurique ?

- HOSPITALISATION EN URGENCE EN CHIRURGIE
- À JEUN
- Monitoring cardiotensionnel, bilan pré-opératoire
- DÉRIVATION DES URINES EN URGENCE par montée de sonde urétérale ou néphrostomie percutanée échoguidée
- ECBU sur les urines drainées
- Pose d'une voie veineuse périphérique
- Antalgiques à adapter à la douleur
- Rééquilibration hydro-électrolytique
- SURVEILLANCE, traitement radical du calcul au décours

**14** Comment traitez-vous une pyélonéphrite aiguë sur obstacle ?

- HOSPITALISATION EN URGENCE EN CHIRURGIE
- À JEUN
- Monitoring cardiotensionnel
- Pose d'une voie veineuse périphérique et bilan infectieux : hémocultures, NFS, plaquettes, CRP



- **DOUBLE ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE INTRAVEINEUSE** bactéricide, synergique, à large spectre, probabiliste et active sur les germes urinaires, à commencer dès les prélèvements faits, sans en attendre les résultats, à adapter secondairement à l'antibiogramme : **FLUORO-QUINOLONE** péfloxacin 800 mg/jour et **AMINOSIDE** gentamycine 3 mg/kg/jour
- **DÉRIVATION DES URINES EN URGENCE** avec ECBU sur les urines drainées
- Antalgiques à adapter à la douleur
- Rééquilibration hydro-électrolytique
- **SURVEILLANCE**, traitement radical du calcul au décours

**15** Que faut-il faire avant de qualifier une colique néphrétique d'hyperalgique ?

- Renforcer le traitement par AINS jusqu'aux doses maximales permises
- Associer un antalgique morphinique : chlorhydrate de morphine IV
- Si la douleur ne cède pas devant ce traitement médical maximal, alors on parle de colique néphrétique hyperalgique
- Discuter un traitement chirurgical : dérivation des urines en urgence

**16** Un patient venant de faire sa première crise de colique néphrétique vous demande si cela peut se reproduire, et dans quel ordre de fréquence ?

- OUI : 40 à 60 % dans les 5 ans, et 60 à 80 % dans les 10 ans

**17** Une colique néphrétique est-elle synonyme de lithiase ?

- **NON** : c'est un symptôme d'une obstruction urinaire quelle qu'elle soit.
- Exemple :
  - syndrome de la jonction pyélo-urétérale
  - cancers urothéliaux
  - caillottage
  - adénopathie rétropéritonéale compressive...

**18** Quelles sont vos hypothèses devant une colique néphrétique avec ASP normal ?

- Lithiase radiotransparente
- Tumeur urothéliale

- Syndrome de la jonction pyélo-urétérale
- Adénopathie rétropéritonéale comprimant l'uretère
- Tumeur du voisinage étendue à l'arbre urinaire
- Caillottage dans l'arbre urinaire

**19** Quel sera votre bilan de 1<sup>re</sup> intention au décours d'une 1<sup>re</sup> crise de colique néphrétique lithiasique ?

- Analyse physico-chimique du calcul émis +/- spectrophotométrie à infrarouge
- Il n'y a pas de consensus sur l'utilité d'un bilan étiologique métabolique de 1<sup>re</sup> intention. Peuvent être utiles :
  - ECBU avec examen direct et mise en culture
  - calcémie (avec l'albuminémie), phosphorémie
  - urée plasmatique, créatininémie
  - gaz du sang pour bicarbonatémie
  - diurèse des 24 heures avec : calciurie, phosphaturie, uraturie
  - pH urinaire

**20** Quel type de lithiasie a une origine infectieuse ? Quels sont les critères orientant vers ce type de lithiasie ?

- Lithiases phospho-ammoniac-magnésiennes (PAM)
- Critères :
  - calcul coralliforme
  - infection urinaire à germe uréalytique (PAS *E. coli*++)
  - pH urinaire alcalin

**21** Quel sont les différentes méthodes d'extraction radicale des calculs et leurs indications ?

- Méthodes :
  - lithotripsie extra-corporelle
  - néphrolithotomie percutanée si cavités pyélocalicielles dilatées
  - urétéroscopie si échec lithotripsie
  - chirurgie à ciel ouvert (rare)
- Indications :
  - taille de la lithiasie trop importante pour élimination spontanée
  - obstruction urinaire majeure
  - infection urinaire persistante concomitante
  - colique néphrétique compliquée

**22** Quelle est votre surveillance après une lithotripsie extracorporelle ?

- En ambulatoire
- Tamisage des urines pour analyse chimique et spectrophotométrique des fragments lithiasiques
- Prévenir de la nécessité de consulter en urgence si fièvre
- Prévenir possibilité de douleurs lombaire ou colique néphrétique post-LEC
- Fournir les ordonnances adéquates au cas où
- Consultation à 1 mois avec : ASP, échographie rénale, ECBU, créatininémie

**23** Quel est le traitement préventif d'une lithiase calcique ? Comment vérifier la compliance à la cure de diurèse ?

- Traitement
  - cure de diurèse, boire 2,5 à 3 litres par jour, réparties sur la journée, boire au coucher ++
  - 1 g de calcium par jour
  - 1 g/kg/jour de protéines
  - 5 g de sel par jour, ne jamais resaler
  - éviter aliments riches en oxalate : chocolat
  - éviter aliments riches en purines
  - éviter sucres d'absorption rapide
  - augmenter les fibres alimentaires
  - traitement À VIE
- Compliance vérifiée par recueil des urines de 24 heures, et mesure de la diurèse.

**24** Quelle peut être l'évolution des lithiases ?

- Élimination spontanée
- Asymptomatiques et tolérées
- Rupture de la voie excrétrice
- Bactériurie asymptomatique
- Pyélonéphrite aiguë sur obstacle
- Pyélonéphrite chronique sur obstacle
- Nécrose papillaire
- Phlegmon périnéphrétique, pyonéphrose
- Récidive après traitement
- Insuffisance rénale chronique à long terme



Question  
n° 272

**Pathologie génitoscrotales  
chez le garçon  
et chez l'homme**



- ❖ Testicules = organes pairs = examen bilatéral et comparatif
- ❖ Douleur abdominale enfant et homme jeune = palpation systématique des testicules = toujours rechercher torsion
- ❖ Mieux vaut opérer à tort une orchio-épididymite que laisser passer une torsion
- ❖ Torsion = URGENCE CHIRURGICALE +++ = PAS D'EXAMEN COMPLÉMENTAIRES
- ❖ Paraphimosis et traitement = URGENCE

**1** Quelle est la différence entre une cryptorchidie et une ectopie testiculaire ?

.....

**2** Quelle pathologie se développe plus fréquemment sur un testicule cryptorchide ?

.....

**3** Comment peut-on prévenir cette complication (cf. Q. 2) ?

.....

**4** Que faut-il évoquer devant une douleur abdo chez un cryptorchide ?

.....

**5** Quel tableau clinique doit-il faire penser à une torsion du testicule ?

.....

**6** Décrivez votre examen clinique devant un enfant présentant une torsion testiculaire.

.....



**7** Quels sont les diagnostics différentiels d'une torsion du testicule ?

.....

**8** Quel est votre bilan paraclinique devant une torsion du testicule ?

.....

**9** Quels sont les facteurs pronostics d'une torsion testiculaire ?

.....

**10** Quel est le traitement d'une torsion testiculaire ?

.....

**11** Quelles sont les complications d'une torsion du testicule ?

.....

**12** Quel est le délai de la perte testiculaire ?

.....

**13** Dans quelle mesure est-il délétère d'opérer une orchio-épididymite confondue avec une torsion ?

.....

**14** Un garçon de 10 ans vous est amené pour douleur aiguë du testicule gauche. Il présente depuis 10 jours une hypertrophie parotidienne bilatérale et un fébricule. Quelle est votre hypothèse diagnostique pour la maladie générale ? Pour la douleur testiculaire ?

.....

**15** Comment diagnostiquer un phimosis ?

.....

**16** À partir de quel âge la persistance d'un phimosis est-elle pathologique ?

.....

**17** Quelles sont les complications du phimosis ? Quelle est l'urgence ?

.....

**18** Comment les infections prépuçiales aggravent-elles le phimosis ?

.....

**19** Pourquoi le paraphimosis est-il une urgence ?

.....

**20** Quel est le traitement du paraphimosis ?

.....

**21** Comment diagnostiquer une hydrocèle ?

.....

**22** Expliquez l'existence d'une hydrocèle.

.....

**23** Quelle pathologie a-t-elle la même origine que l'hydrocèle ?

.....

**24** Que faut-il redouter si la transillumination ne montre pas une masse complètement translucide ? Quelle est la conduite à tenir ?

.....

**1** Quelle est la différence entre une cryptorchidie et une ectopie testiculaire ?

- **Cryptorchidie** : arrêt de la migration testiculaire sur son trajet normal
- **Ectopie** : testicule mal situé et en dehors de son trajet normal

**2** Quelle pathologie se développe plus fréquemment sur un testicule cryptorchide ?

- **Tumeurs du testicule**

**3** Comment peut-on prévenir cette complication (cf. Q. 2) ?

- **Traitement de la cryptorchidie** : d'autant plus efficace que plus précoce
- **Traitement chirurgical** : abaissement intrascrotal du testicule atteint (au mieux < 5 ans)

**4** Que faut-il évoquer devant une douleur abdo chez un cryptorchide ?

- **Spécifiques** :
  - torsion intra-abdominale du testicule
  - nécrose aiguë intra-abdominale d'un cancer du testicule
- **Non spécifiques** :
  - les autres urgences chirurgicales : appendicite, hernie étranglée (association ++ hernie inguinoscrotale avec cryptorchidie), invagination intestinale aiguë
  - les urgences médicales : adénolymphite mésentérique, méningite, pyélonéphrite aiguë, et toute la pathologie pédiatrique...

**5** Quel tableau clinique doit-il faire penser à une torsion du testicule ?

- **TOUTE DOULEUR TESTICULAIRE BRUTALE UNILATÉRALE** et par extension toute douleur abdominale isolée de l'enfant et de l'adulte jeune

**6** Décrivez votre examen clinique devant un enfant présentant une torsion testiculaire.

- **GÉNÉRAL :**
  - **pas de fièvre +++**, agitation, nausées, vomissements
  - **BU : pas de traces d'infection urinaire**
- **TESTICULES** (examen bilatéral comparatif) :
  - inspection : testicule ascensionné, tuméfié, rouge
  - palpation :
    - douleurs testicule et épидидyme, souvent impossible
    - rechercher anomalie favorisant du testicule controlatéral (horizontalisation)
  - signe de Prehn négatif
  - abolition du réflexe crémasterien
- **SIGNES NÉGATIFS +++ :**
  - pas de signes urinaires
  - pas de fièvre
  - TR normal
  - abdomen souple (appendicite)
  - orifices herniaires libres

**7** Quels sont les diagnostics différentiels d'une torsion du testicule ?

- **CHIRURGICAUX :**
  - hernie inguinale oblique externe étranglée
  - torsion de l'hydatide
  - appendicite aiguë
  - cancer du testicule avec hémorragie intratumorale
- **MÉDICAUX :**
  - orché-épididymite aiguë
  - orchite ourlienne
  - purpura rhumatoïde
  - colique néphrétique

**8** Quel est votre bilan paraclinique devant une torsion du testicule ?

- **AUCUN** (le bilan pré-opératoire peut se limiter à une consultation d'anesthésie en urgence)



**9** Quels sont les facteurs pronostics d'une torsion testiculaire ?

- **Durée de la torsion**
- **Nombre de tours de spires**

**10** Quel est le traitement d'une torsion testiculaire ?

- **URGENCE CHIRURGICALE**
- **Patient et parents (si mineur) prévenus de la possibilité d'une orchidectomie**
- **Autorisation signée des parents si mineur**
- **Traitement chirurgical :**
  - **Incision scrotale**
  - **détorsion manuelle douce du cordon**
  - **appréciation vitalité du testicule (coloration) au besoin après application de sérum physiologique chaud ou xylocaïne**
  - **si viable : orchidopexie, sinon orchidectomie avec pose d'une prothèse testiculaire dans un second temps**
  - **orchidopexie controlatérale d'emblée ou dans un second temps**
- **Surveillance**

**11** Quelles sont les complications d'une torsion du testicule ?

- **Torsion controlatérale**
- **Atrophie testiculaire**
- **Fonte purulente du testicule**
- **Risque de stérilité ou d'hypofertilité**

**12** Quel est le délai de la perte testiculaire ?

- **4 heures : perte des cellules séminales (Sertoli)**
- **6 heures : perte de la fonction endocrine (cellules de Leydig)**
- **Donc nécrose irréversible après 6 heures**

**13** Dans quelle mesure est-il délétère d'opérer une orchio-épidymite confondue avec une torsion ?

- **AUCUNE, ne modifie pas le pronostic de l'infection**

**14** Un garçon de 10 ans vous est amené pour douleur aiguë du testicule gauche. Il présente depuis 10 jours une hypertrophie parotidienne bilatérale et un fébricule. Quelle est votre hypothèse diagnostique pour la maladie générale ? Pour la douleur testiculaire ?

- Oreillons
- Torsion du testicule gauche +++ (avant orchite ourlienne)

**15** Comment diagnostiquer un phimosis ?

- Impossibilité de rétracter entièrement le prépuce sur le gland (= décalottage)
- Poche préputiale qui se gorge d'urine en permictionnel
- Déviation du jet
- Balanoposthites

**16** À partir de quel âge la persistance d'un phimosis est-elle pathologique ?

- 4 ans

**17** Quelles sont les complications du phimosis ? Quelle est l'urgence ?

- Paraphimosis = urgence
- Dysurie
- Balanoposthites

**18** Comment les infections prépucciales aggravent-elles le phimosis ?

- Les balanoposthites sclérosent de plus en plus le prépuce qui s'épaissit donc se serre et devient de moins en moins rétractile.

**19** Pourquoi le paraphimosis est-il une urgence ?

- Phimosis peu serré permet décalottage partiel. L'anneau prépuccial peut se coincer dans le sillon balanopréputial et provoquer un œdème du gland par striction. L'œdème provoque une augmentation de la striction et la réduction est de plus en plus difficile (cercle vicieux).
- Le risque : nécrose du prépuce et du gland

**20** Quel est le traitement du paraphimosis ?

- **URGENCE THÉRAPEUTIQUE**
- Réduction du paraphimosis :
  - soit par manipulations
  - soit par chirurgie : incision dorsale de l'anneau
- Traitement du phimosis secondairement

**21** Comment diagnostiquer une hydrocèle ?

- **INSPECTION** : tuméfaction scrotale bleutée, **translucide à la transillumination**, de volume variable, augmentant à l'orthostatisme
- **PALPATION** : masse impulsive à la toux et à l'effort, parfois réductible

**22** Expliquez l'existence d'une hydrocèle.

- **Primitif** :
  - persistance du canal péritonéovaginal
  - passage de liquide péritonéal entre la vaginale et la glande
- **Secondaire** : cancer du testicule

**23** Quelle pathologie a-t-elle la même origine que l'hydrocèle ?

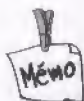
- **Hernie inguinale congénitale (donc oblique externe)**

**25** Que faut-il redouter si la transillumination ne montre pas une masse complètement translucide ?

- **Tumeur du testicule se révélant par une hydrocèle**

Question  
n° 321

## Incontinence urinaire de l'adulte



- ❖ Fréquence +++ de l'incontinence d'effort chez la femme : problème de santé publique
- ❖ Interrogatoire +++
- ❖ Manœuvre de Bonney
- ❖ Recherche et réduction de prolapsus pouvant masquer une incontinence
- ❖ Systématiquement : ECBU, frottis cervicovaginaux, échographie vésicale
- ❖ Bilan urodynamique utile si chirurgie envisagée
- ❖ Adapter le traitement aux demandes des patient(e)s
- ❖ Chez l'homme = atteinte sphinctérienne = endoscopie urétrale et vésicale
- ❖ Instabilité vésicale = 1<sup>re</sup> cause chez le sujet âgé

**1** Donnez les différentes anomalies pouvant conduire à une incontinence urinaire. Lesquelles peuvent composer l'incontinence urinaire d'effort (IUE) ?

.....

**2** Mme L., 56 ans, vient consulter pour fuites involontaires d'urines depuis 6 mois. Que recherchez-vous à l'interrogatoire en faveur d'une IUE ?

.....

**3** Comment évaluer la gêne fonctionnelle lors d'une IUE ?

.....

**4** Décrivez votre examen clinique devant une incontinence.

.....

**5** Décrivez la manœuvre de Bonney. Que signifie son efficacité ?

.....

**6** En cas d'hystéroptose, qu'allez-vous devoir faire ? Pourquoi ?

.....



**7** Quels sont les examens complémentaires systématiques devant une incontinence d'effort féminine ?

.....

**8** Quel examen devrez-vous faire si une intervention chirurgicale est décidée ? Quels sont les principaux items analysés dans cet examen ?

.....

**9** M. P., 65 ans, vient consulter pour des fuites d'urines récentes. On note comme antécédent un cancer de prostate traité depuis 2 ans par hormonothérapie. Quelle est votre hypothèse diagnostique quant à cette incontinence ? Comment allez-vous la confirmer ?

.....

**10** Quelles sont les autres causes d'incontinence urinaire chez l'homme ? Quelles en sont les physiopathologies ?

.....

**11** Quels sont les examens systématiques devant une incontinence urinaire de l'homme ?

.....

**12** Mme L., 80 ans, sans antécédents, vient consulter pour fuites d'urines consécutives à des impériosités. L'examen clinique est normal, la poussée abdominale ne modifie pas la survenue de fuites, la manœuvre de Bonney est inefficace. Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmer ?

.....

**13** Quelles sont les causes d'instabilité vésicale ?

.....

**14** Quels sont les différents types de traitement d'une incontinence urinaire ?

.....

**15** Quelles sont les erreurs à ne pas faire chez une personne âgée présentant une incontinence récente ? Pourquoi ?

.....

**1** Donnez les différentes anomalies pouvant conduire à une incontinence urinaire. Lesquelles peuvent composer l'incontinence urinaire d'effort (IUE) ?

- Perte des supports du col vésical et de l'urètre et défaut de transmission des pressions abdominales (IUE)
- Insuffisance sphinctérienne (IUE)
- Instabilité vésicale

À part et ne rentrant pas strictement dans la définition des incontinences urinaires :

- Abouchement ectopique d'un urètre
- Fistules
- Incontinence par regorgement

**2** Mme L., 56 ans, vient consulter pour fuites involontaires d'urines depuis 6 mois. Que recherchez-vous à l'interrogatoire en faveur d'une IUE ?

- Antécédents médicaux : diabète, neurologiques, médicaments, obésité, amaigrissement massif
- Antécédents chirurgicaux : chirurgie périnéopelvienne
- Antécédents obstétricaux : gestité, parité, mode d'accouchements (voie basse ++), incontinence urinaire per-partum, rééducation pelvienne post-partum
- Statut hormonal : ménopause, traitement hormonal substitutif
- Sport intensif ou au contraire sédentarité
- Facteurs d'hyperpression abdominale : constipation chronique, toux chronique (BPCO), profession
- Éléments en faveur d'une anomalie de la statique pelvienne : dysurie, infections urinaires répétées, prolapsus
- Types des fuites : pas de fuites au repos

**3** Comment évaluer la gêne fonctionnelle lors d'une IUE ?

- Importance des fuites : nombre de garnitures par jour utilisées
- Rechercher fausse pollakiurie, fausses impériosités, fausse dysurie, de précaution
- Évaluer l'atteinte psychologique, la gêne sociale occasionnée

**4**

Décrivez votre examen clinique devant une incontinence.

- Inspection : recherche de cicatrices abdominales
- Palpation et percussion abdominales recherchent globe
- Patientte rassurée, en position gynécologique, vessie pleine (faire boire avant l'examen)
- Examen de la trophicité vulvovaginale (imprégnation œstrogénique)
- Examen périnéal (neurologique) :
  - examen des plis radiés de l'anus, de la distance anovulvaire
  - sensibilité périnéale
  - toucher rectal pour tonus anal, testing des releveurs de l'anus, puis toucher vaginal
- Examen au spéculum de la statique pelvienne à la recherche de prolapsus
- CONFIRMER L'INCONTINENCE À L'EFFORT : toux vessie pleine à la recherche de fuites
- PROUVER LA CERVICOCYSTOPTOSE : MANŒUVRE DE BONNEY
- Reste de l'examen physique :
  - examen neurologique +++
  - palpation mammaire bilatérale (âge +++)

**5**

Décrivez la manœuvre de Bonney. Que signifie son efficacité ?

- À vessie pleine, patientte rassurée en position gynécologique, fuites à la toux prouvées
- Refoulement, à l'aide de deux doigts ou d'une pince courbe, de la face ventrale du vagin en regard du col vésical de part et d'autre de l'urètre, sans écraser ce dernier
- Demander à la patientte de tousser : efficacité si les fuites d'urines cessent
- Son efficacité prouve le défaut de soutènement urétral et du col vésical (cervicocystoptose) ET un bon état sphinctérien
- Si non efficace, fuites dues à insuffisance sphinctérienne ou mixtes

**6**

En cas d'hystéroptose, qu'allez-vous devoir faire ? Pourquoi ?

- Réduction manuelle du prolapsus
- Avant de demander à la patientte de tousser vessie pleine



- Car ce prolapsus constitue un soutènement urétral qui peut masquer l'incontinence urinaire (d'où certaines IUE après cure chirurgicale de prolapsus)

**7** Quels sont les examens complémentaires systématiques devant une incontinence d'effort féminine ?

- ECBU
- Frottis cervicovaginaux
- Échographie rénale-vésicale : résidu post-mictionnel, pathologie de l'arbre urinaire
- Devant le terrain femme > 50 ans, ne pas oublier les mammographies bilatérales et comparatives face et profil même si ne font pas partie stricto sensu du bilan de l'incontinence

**8** Quel examen devrez-vous faire si une intervention chirurgicale est décidée ? Quels sont les principaux items analysés dans cet examen ?

- Bilan urodynamique (BUD) :
  - cystomanométrie : tonus vésical de base, seuils des besoins d'uriner, pressions de remplissage et compliance vésicale
  - urétromanométrie : pression de clôture maximale de l'urètre, longueur fonctionnelle de l'urètre
  - débitmétrie urinaire

**9** M. P., 65 ans, vient consulter pour des fuites d'urines récentes. On note comme antécédent un cancer de prostate traité depuis 2 ans par hormonothérapie. Quelle est votre hypothèse diagnostique quant à cette incontinence ? Comment allez-vous la confirmer ?

- Échappement au traitement et incontinence urinaire par envahissement tumoral de l'appareil sphincter
- Échappement au traitement : testostéronémie, PSA
- Envahissement sphinctérien : endoscopie urétrale après ECBU et stérilisation des urines et biopsies pour anatomopathologie si besoin



**10** Quelles sont les autres causes d'incontinence urinaire chez l'homme ? Quelles en sont les physiopathologies ?

- **Causes :**
  - **prostatectomie radicale**
  - **radiothérapie prostatique**
  - **adénoméctomie par voie haute ou résection transurétrale de prostate**
  - **traumatisme urétral**
  - **envahissement de l'appareil sphinctérien par cancers de voisinage : rectum...**
- **Soit par lésion sphinctérienne soit par perte de longueur fonctionnelle de l'urètre**

**11** Quels sont les examens systématiques devant une incontinence urinaire de l'homme ?

- **ECBU**
- **Échographie rénale-vésicale-prostatique**
- **Endoscopie urétrale**
- **BUD si besoin**

**12** Mme L., 80 ans, sans antécédents, vient consulter pour fuites d'urines consécutives à des impériosités. L'examen clinique est normal, la poussée abdominale ne modifie pas la survenue de fuites, la manœuvre de Bonney est inefficace. Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmer ?

- **Incontinence urinaire par instabilité vésicale idiopathique (argument de fréquence)**
- **BUD : contractions vésicales non inhibées sur cystomanométrie**

**13** Quelles sont les causes d'instabilité vésicale ?

- **Âge (vieillesse sphinctérien) = idiopathique**
- **Obstruction du bas appareil urinaire : pathologie prostatique chez l'homme, cure chirurgicale d'incontinence urinaire chez la femme**
- **Pathologies du système nerveux central (SEP...)**

**14** Quels sont les différents types de traitement d'une incontinence urinaire ?

- **Abstention (selon désirs des patient(s))**
- **CEstrogénothérapie**

- Traitement médical
- Traitement chirurgical
- Traitement étiologique si possible

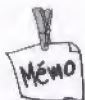
**15**

Quelles sont les erreurs à ne pas faire chez une personne âgée présentant une incontinence récente ? Pourquoi ?

- Erreurs :
  - mettre des couches
  - poser une sonde urinaire
- Ces gestes pérennisent l'incontinence urinaire qui peut être transitoire chez le sujet âgé et qui peut être due à de multiples causes. Un traitement étiologique rapide permettrait de supprimer l'incontinence.

Question  
n° 338

## Troubles de l'érection



### INSUFFISANCE ÉRECTILE

- ❖ Multifactorielle +++
- ❖ Examens cardiovasculaire et neuro
- ❖ Éliminer cancers : prostate et testicule
- ❖ Glycémie à jeun → fréquence du diabète
- ❖ Iatrogène (25 %)
- ❖ Prise en charge psychologique et hygiène de vie

### PRIAPISME

- ❖ Urgence dans les 6 heures
- ❖ Pronostic fonctionnel : douleur verge, durée
- ❖ Ponction des corps caverneux

**1** Donnez les facteurs entrant en jeu dans l'obtention d'une bonne érection.

**2** M. L., 23 ans, sans antécédents, vient consulter pour plusieurs « pannes sexuelles » depuis les 2 dernières semaines. Quelle est votre hypothèse principale diagnostique ? Quels seront les résultats d'interrogatoire allant dans ce sens ?

**3** Pour M. L., quel sera votre bilan ? Qu'en attendez-vous ?

**4** Quels renseignements un test d'injection intracaverneuse de substances vaso-actives apporte-t-il ? Existe-t-il des faux positifs, lesquels ?

**5** M. D., 45 ans, troubles de l'érection d'apparition progressive depuis 1 an. Il ne fume pas, boit occasionnellement. Il se plaint par ailleurs de picotements dans les jambes depuis plusieurs mois, et de fatigabilité à la marche, ainsi que de la découverte d'une protéinurie à la BU à la médecine du travail. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ? Quel examen peut la confirmer ?

.....

**6** Quels sont les facteurs de dysérection dans le diabète ?

.....

**7** M. H. 55 ans, vient consulter pour troubles de l'érection depuis 2 ans. Comme antécédents, on note une HTA traitée par Avlocardyl et Lasilix, des épisodes d'AC/FA traités par Digoxine. Quels sont les facteurs de risque d'insuffisance érectile dans cette observation ?

.....

**8** Quel sera le bilan chez M. H. ? Justifiez.

.....

**9** M. R., 50 ans, vient consulter pour insuffisance érectile progressive depuis 1 an, associée à des douleurs des 2 fesses après une certaine distance de marche. Les 2 pouls fémoraux sont absents. Quelle est la maladie générale de M. R. (et à quel stade sur les données de l'observation) ? Quel en est le principal facteur de risque ? Comment s'appelle ce tableau particulier ?

.....

**10** M. P., 32 ans, se plaint de troubles de l'érection associés à une diminution de la libido. À l'examen vous constatez une gynécomastie bilatérale. Quelles sont vos hypothèses, avec examens pour chaque ?

.....



**11** M. K., 25 ans, vient consulter avec sa compagne pour troubles de la fertilité. Il se plaint de dysérections de longue date (jamais d'érections normales depuis la puberté). Il est le plus grand des hommes de sa famille. Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Que recherchez-vous cliniquement ? Comment confirmer ?

.....

**12** Quels sont les facteurs de dysérection dans le cancer de la prostate ?

.....

**13** Quels sont les antécédents chirurgicaux à prendre en compte lors d'une insuffisance érectile ?

.....

**14** M. LP., 23 ans, se plaint de troubles de l'érection associés à des érections douloureuses avec coudure de la verge lorsqu'elles sont possibles. Quel est le diagnostic ? Comment confirmer ?

.....

**15** M. G., 25 ans, se rend aux urgences pour érection incoercible depuis 3 heures. Quelle est l'urgence à craindre ? Comment la confirmer ?

.....

**16** Quels facteurs pronostics essentiels recherchez-vous chez M. G. ?

.....

**17** Quels sont les 2 types de priapisme ? Comment les différencier ?

.....

**18** Quelles sont les causes de priapisme ?

.....

**19** Quel traitement instituez-vous aux urgences ?

.....

**1** Donnez les facteurs entrant en jeu dans l'obtention d'une bonne érection.

- Libido
- Équilibre psychologique
- Nerveux : central ou périphérique
- Artériels
- Veineux
- Âge
- Iatrogène et toxiques (alcool, tabac)

**2** M. L., 23 ans, sans antécédents, vient consulter pour plusieurs « pannes sexuelles » depuis les 2 dernières semaines. Quelle est votre hypothèse principale diagnostique ? Quels seront les résultats d'interrogatoire allant dans ce sens ?

- Dysfonction érectile d'origine psychogène
- Interrogatoire :
  - pas d'antécédents médico-chirurgicaux
  - pas de médicaments, tabac ou alcool
  - mode d'installation brutal
  - rechercher stress psychologique récent
  - conservation des érections matinales
  - qualité des érections obtenues, maintien
  - troubles de l'éjaculation associés (éjaculation précoce +++)

**3** Pour M. L., quel sera votre bilan ? Qu'en attendez-vous ?

- BILAN CLINIQUE +++ :
    - vasculaire : TA, pouls, souffles artériels
    - neurologique : périnée, et examen complet
    - palpation testicules : atrophie ? masse suspecte ?
    - palpation verge
    - TR systématique
  - BILAN PARACLINIQUE :
    - glycémie à jeun +++
    - bilan lipidique : cholestérol total, triglycérides
  - AU BESOIN : injection intracaverneuse de substances vaso-actives et pléthysmographie nocturne
- ⇒ BILANS STRICTEMENT NORMAUX

**4** Quels renseignements un test d'injection intracaverneuse de substances vaso-actives apporte-t-il ? Existe-t-il des faux positifs, lesquels ?

- Différencier une insuffisance érectile organique (pas d'effet) d'une insuffisance psychologique (érection obtenue après injection) car montre l'intégrité du système vasculaire pénien
- OUI : dysérections d'origine médicamenteuse, neurologique et endocrinienne

**5** M. D., 45 ans, troubles de l'érection d'apparition progressive depuis 1 an. Il ne fume pas, boit occasionnellement. Il se plaint par ailleurs de picotements dans les jambes depuis plusieurs mois, et de fatigabilité à la marche, ainsi que de la découverte d'une protéinurie à la BU à la médecine du travail. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ? Quel examen peut la confirmer ?

- Diabète de type II
- Glycémie à jeun 2 fois supérieure à 1,26 g/L

**6** Quels sont les facteurs de dysérection dans le diabète ?

- Nerveux : neuropathie périphérique
- Vasculaire : artérite distale
- Psychologique : dépression liée à la maladie chronique
- Iatrogènes : traitements associés

**7** M. H. 55 ans, vient consulter pour troubles de l'érection depuis 2 ans. Comme antécédents, on note une HTA traitée par Avlocardyl et Lasilix, des épisodes d'AC/FA traités par Digoxine. Quels sont les facteurs de risque d'insuffisance érectile dans cette observation ?

- HTA
- Iatrogène :  $\beta$ -bloquants, diurétiques, digoxine
- Âge > 50 ans

**8** Quel sera le bilan paraclinique chez M. H. ? Justifiez.

- PSA à combiner au TR : éliminer cancer de prostate car âge à risque et androgénothérapie potentielle
- Bilan lipidique : systématique
- Glycémie à jeun : systématique



- **Testostéronémie : systématique après 50 ans pour vérifier imprégnation testostéronémique**

**9**

M. R., 50 ans, vient consulter pour insuffisance érectile progressive depuis 1 an, associée à des douleurs des 2 fesses après une certaine distance de marche. Les 2 poulx fémoraux sont absents. Quelle est la maladie générale de M. R. (et à quel stade sur les données de l'observation) ? Quel en est le principal facteur de risque ? Comment s'appelle ce tableau particulier ?

- **Artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade II**
- **Tabagisme**
- **Syndrome de Leriche**

**10**

M. P., 32 ans, se plaint de troubles de l'érection associés à une diminution de la libido. À l'examen vous constatez une gynécomastie bilatérale. Quelles sont vos hypothèses, avec examens pour chaque ?

- **Cancer du testicule : palpation bilatérale et comparative, marqueurs, exploration chirurgicale**
- **Adénome à prolactine : prolactinémie, IRM hypophysaire**
- **Iatrogène (aldactone)**

**11**

M. K., 25 ans, vient consulter avec sa compagne pour troubles de la fertilité. Il se plaint de dysérections de longue date (jamais d'érections normales depuis la puberté). Il est le plus grand des hommes de sa famille. Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Que recherchez-vous cliniquement ? Comment confirmer ?

- **Syndrome de Klinefelter**
- **Classiquement :**
  - atrophie testiculaire
  - grande taille
  - macroskélie, arachnodactylie
  - gynécomastie
  - pilosité peu abondante et absence des autres caractères sexuels secondaires
  - gynécomastie
- **Confirmation par caryotype : recherche caryotype XXY**



**12** Quels sont les facteurs de dysérection dans le cancer de la prostate ?

- Envahissement locorégional par le cancer
- Iatrogène : prostatectomie radicale, radiothérapie, hormonothérapie
- Psychologique : dépression

**13** Quels sont les antécédents chirurgicaux à prendre en compte lors d'une insuffisance érectile ?

- Traumatisme du bassin
- Chirurgie : prostatectomie radicale, cystectomie radicale, amputation du rectum

**14** M. LP., 23 ans, se plaint de troubles de l'érection associés à des érections douloureuses avec courbure de la verge lorsqu'elles sont possibles. Quel est le diagnostic ? Comment confirmer ?

- Maladie de Lapeyronie
- Confirmation CLINIQUE : palpation des corps caverneux :
  - plaque indurée intracaverneuse
  - angulation de la verge en érection
  - recherche maladies de Dupuytren associée

**15** M. G., 25 ans, se rend aux urgences pour érection incoercible depuis 3 heures. Quelle est l'urgence à craindre ? Comment la confirmer ?

- PRIAPISME
- CLINIQUE : érection des corps caverneux avec corps spongieux (gland) flasque

**16** Quels facteurs pronostics essentiels recherchez-vous chez M. G. ?

- Durée du priapisme (> 6 heures mauvais pronostic)
- Douleur spontanée ou provoquée de la verge = signe d'ischémie

**17** Quels sont les 2 types de priapisme ? Comment les différencier ?

- Priapisme de stase (moins bon pronostic)
  - Priapisme à haut débit
- ⇒ Ponction évacuatrice des corps caverneux : sang noir incoagulable si stase, rouge si haut débit

**18** Quelles sont les causes de priapisme ?

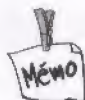
- Iatrogène : auto-injection de substances vaso-actives intracaverneuse pour insuffisance érectile, traitement anticoagulant, psychotropes
- Hématologiques : augmentation de la viscosité sanguine (drépanocytose, leucémies)
- Traumatisme

**19** Quel traitement instituez-vous aux urgences ?

- EN URGENCE
- AUCUN EXAMEN NE RETARDERA LA PRISE EN CHARGE
- PONCTION DES CORPS CAVERNEUX avec examen macroscopique et gazométrique du liquide de ponction (pronostique), à répéter si échec
- Pose d'une voie veineuse périphérique, antalgiques si nécessaire
- Hospitalisation
- Surveillance

Question  
n° 341

## Troubles mictionnels



- ❖ Interrogatoire +++
- ❖ Étiologies urologiques aussi bien que extra-urologiques (neurologiques, pathologies de voisinage)
- ❖ Étiologies variables en fonction de l'âge et du sexe

**1** Quels sont les critères d'une miction normale ?

.....

**2** Quelles sont les conditions pour qu'une miction normale soit possible ?

.....

**3** Quel système assure-t-il la contraction du detrusor ? Quel système assure-t-il la continence ?

.....

**4** Définissez une pollakiurie. Comment l'explorer cliniquement ?

.....

**5** Comment peut-on faire la différence entre une pollakiurie psychologique et une pollakiurie symptôme d'une lésion organique ?

.....

**6** Donnez les grandes causes de pollakiurie organique.

.....

**7** Quel sera votre bilan paraclinique devant toute pollakiurie ?

.....

**8** M. V., 40 ans, tabagisme à 50 PA et travaillant dans une usine de colorants se présente pour une pollakiurie avec impériosités mictionnelles. Quel diagnostic devez-vous éliminer ? Quels en sont les facteurs de risque présents dans l'observation ? Comment confirmez-vous le diagnostic ?

.....

**9** Définissez une impériosité mictionnelle.

.....

**10** Définissez une dysurie.

.....

**11** Comment caractériser cliniquement une dysurie ?

.....

**12** Quel examen permet-il de confirmer une dysurie ? Quelle est la condition pour qu'il soit interprétable ?

.....

**13** Quelles questions poserez-vous à un homme jeune dysurique ? Dans quel but ?

.....

**14** Quels examens vous permettront-ils de confirmer votre hypothèse ?

.....

**15** Quel temps de l'examen clinique est-il indispensable devant une dysurie chez un homme de plus de 40 ans ? Pourquoi ?

.....

**16** Quel est le danger à long terme d'une dysurie ?

.....

**17** Quel est votre bilan en dehors d'une cause évidente devant une dysurie ?

.....



**18** Une personne âgée de 85 ans se présente pour une dysurie persistante et récente associée à une constipation opiniâtre et douloureuse depuis 15 jours. Les mictions étaient considérées comme normales auparavant. Quel geste simple permettra de faire le diagnostic et de traiter le patient ?

.....

**19** Définissez une pyurie. Quelle est la différence microscopique avec une leucocyturie ?

.....

**20** C'est un patient de 85 ans, sondé à demeure. Il présente une pyurie asymptomatique depuis 3 jours. Quel traitement antibiotique instituez-vous ?

.....

**21** Mme G., 62 ans, se présente à la consultation car elle a l'impression de « pisser de l'eau gazeuse ». On note comme antécédents une sigmoidite diverticulaire il y a 3 mois. Comment s'appelle ce trouble mictionnel ? Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmez-vous ?

.....

**22** Mme S., 32 ans, a connu un épisode de baisse de l'acuité visuelle brutale il y a 10 ans, une paralysie faciale périphérique il y a 3 ans, et présente maintenant une pollakiurie avec impériosités mictionnelles. Quelle est la maladie générale ? Quels sont les examens indispensables pour les troubles urologiques ?

.....

**23** M. P., 70 ans, a un cancer de prostate. Il se présente pour une pollakiurie avec impériosités, une anesthésie en selle et une douleur à type de sciatique. Quel est votre diagnostic ? Quel est le meilleur examen dans ce cas pour le confirmer ?

.....

**1** Quels sont les critères d'une miction normale ?

- **Volontaire**
- **Facile et indolore**
- **Efficace (ou complète)**

**2** Quelles sont les conditions pour qu'une miction normale soit possible ?

- **Contraction du detrusor**
- **Synergique avec relâchement du système sphinctérien**
- **Voie urinaire basse perméable**

**3** Quel système assure-t-il la contraction du detrusor (1) ? Quel système assure-t-il la continence (2) ?

- **Système nerveux végétatif parasympathique → miction (1)**
- **Système sympathique par relâchement du detrusor (2)**

**4** Définissez une pollakiurie. Comment l'explorer cliniquement ?

- **Mictions trop fréquentes et peu abondantes**
- **Cliniquement :**
  - **diurne ou nocturne avec fréquence pour la diurne et nombre de levers pour la nocturne**
  - **signes urinaires d'accompagnement**
  - **autres signes généraux**

**5** Comment peut-on faire la différence entre une pollakiurie psychologique et une pollakiurie symptôme d'une lésion organique ?

- **Examen clinique normal**
- **Circonstances particulières de la pollakiurie : réflexe ou de précaution**
- **CATALOGUE MICTIONNEL avec 1<sup>re</sup> miction du matin : capacité vésicale normale.**

**6** Donnez les grandes causes de pollakiurie organique.

- **Irritation vésicale**
- **Réduction de la capacité vésicale**
- **Rétention vésicale chronique incomplète**

**7** Quel sera votre bilan paraclinique devant toute pollakiurie ?

- Catalogue mictionnel
- BU-ECBU
- Échographie rénale-vésicale-prostatique (résidu post-mictionnel ? tumeur urothéliale ?)

**8** M. V., 40 ans, tabagisme à 50 PA et travaillant dans une usine de colorants se présente pour une pollakiurie avec impériosités mictionnelles. Quel diagnostic devez-vous éliminer ? Quels en sont les facteurs de risque présents dans l'observation ? Comment confirmez-vous le diagnostic ?

- Tumeur de vessie
- Tabagisme massif, exposition professionnelle aux colorants
- Endoscopie vésicale avec résection et anatomopathologie de la pièce d'exérèse le cas échéant après ECU et stérilisation des urines

**9** Définissez une impériosité mictionnelle.

- Survenue d'un besoin irrésistible, pressant et non inhibable d'uriner

**10** Définissez une dysurie.

- Difficulté à évacuer normalement la vessie avec baisse du débit urinaire

**11** Comment caractériser cliniquement une dysurie ?

- Poussée abdominale initiant ou terminant la miction
- Miction en plusieurs temps
- Gouttes retardataires
- Diminution de la force et du calibre du jet
- Augmentation du temps de miction
- Efforts de poussée, gaz voire défécations accompagnant systématiquement la miction

**12** Quel examen permet-il de confirmer une dysurie ? Quelle est la condition pour qu'il soit interprétable ?

- Débitmétrie urinaire
- Dysurie quand débit < 15 mL/s, courbe plate, temps mictionnel allongé
- Seulement si volume uriné > 150 mL



**13** Quelles questions poserez-vous à un homme jeune dysurique ? Dans quel but ?

- **Questions :**
  - **antécédents d'urétrite gonococcique ou de maladies sexuellement transmissibles ?**
  - **notion de rapports sexuels non protégés ?**
  - **antécédents de sondage urétral traumatique ou non, de manœuvres endourétrales ?**
- **A la recherche d'une sténose urétrale**

**14** Quels examens vous permettront-ils de confirmer votre hypothèse ?

**Après ECBU et stérilisation des urines :**

- **calibrage urétral**
- **urétrocystographie rétrograde**
- **urographie intraveineuse avec clichés permictionnels**

**15** Quel temps de l'examen clinique est-il indispensable devant une dysurie chez un homme de plus de 40 ans ? Pourquoi ?

- **Le TOUCHER RECTAL à la recherche d'un adénome ou d'un cancer de prostate**

**16** Quel est le danger à long terme d'une dysurie ?

- **Retentissement sur le haut appareil urinaire : insuffisance rénale chronique sur obstacle**

**17** Quel est votre bilan en dehors d'une cause évidente devant une dysurie ?

- **Confirmer dysurie : débitmétrie urinaire**
- **Rechercher étiologie et évaluer retentissement sur la vessie (RPM) et le haut appareil urinaire : échographie rénale-vésicale-prostatique, urographie intraveineuse avec clichés permictionnels, urétrocystographie rétrograde et mictionnelle**

**18** Une personne âgée de 85 ans se présente pour une dysurie persistante et récente associée à une constipation opiniâtre et douloureuse depuis 15 jours. Les mictions étaient considérées comme normales auparavant. Quel geste simple permettra de faire le diagnostic et de traiter le patient ?

- **Toucher rectal**
- **Pour évacuation de fécalome**



**19** Définissez une pyurie. Quelle est la différence microscopique avec une leucocyturie ?

- **Présence de pus dans les urines**
- **Leucocyturie constituée de polynucléaires neutrophiles NON altérés**

**20** C'est un patient de 85 ans, sondé à demeure. Il présente une pyurie asymptomatique depuis 3 jours. Quel traitement antibiotique instituez-vous ?

- **AUCUN : abstention en dehors de toute symptomatologie quel que soit le germe**

**21** Mme G., 62 ans, se présente à la consultation car elle a l'impression de « pisser de l'eau gazeuse ». On note comme antécédents une sigmoïdite diverticulaire il y a 3 mois. Comment s'appelle ce trouble mictionnel ? Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmez-vous ?

- **Pneumaturie**
- **Fistule colovésicale**
- **ECBU : flore polymorphe digestive**
- **Lavement opaque : fuite du produit de contraste dans la fistule**
- **Scanner abdominopelvien : pneumovessie et visualisation de la fistule**

**22** Mme S., 32 ans, a connu un épisode de baisse de l'acuité visuelle brutale il y a 10 ans, une paralysie faciale périphérique il y a 3 ans, et présente maintenant une pollakiurie avec impériosités mictionnelles. Quelle est la maladie générale ? Quels sont les examens indispensables pour les troubles urologiques ?

- **Sclérose en plaques**
- **Bilan urodynamique et ECBU**

**23** M. P., 70 ans, a un cancer de prostate. Il se présente pour une pollakiurie avec impériosités, une anesthésie en selle et une douleur à type de sciatique. Quel est votre diagnostic ? Quel est le meilleur examen dans ce cas pour le confirmer ?

- **Syndrome pluriradiculaire de la queue de cheval consécutive à un tassement vertébral lombaire d'origine métastatique secondaire à un cancer de prostate**
- **IRM du rachis lombaire en pondérations T1, T2 et avec injection de gadolinium hors contre-indication**

# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Avant-propos .....   | 3  |
| <b>Question n° 93</b>  |    |
| Infections urinaires .....   | 5  |
| <b>Question n° 156</b>   |    |
| Tumeurs de la prostate.....  | 18 |
| <b>Question n° 158</b>   |    |
| Tumeurs du rein .....  | 27 |
| <b>Question n° 160</b>   |    |
| Tumeurs du testicule .....   | 35 |
| <b>Question n° 216</b>   |    |
| Rétention aiguë d'urine .....                                      | 43 |
| <b>Question n° 247</b>   |    |
| Hypertrophie bénigne de la prostate .....                          | 48 |
| <b>Question n° 259</b>   |    |
| Lithiases urinaires .....  | 55 |
| <b>Question n° 272</b>   |    |
| Pathologie génitoscrotales<br>chez le garçon et chez l'homme ..... | 65 |
| <b>Question n° 321</b>   |    |
| Incontinence urinaire de l'adulte .....                            | 73 |
| <b>Question n° 338</b>   |    |
| Troubles de l'érection .....                                       | 80 |
| <b>Question n° 341</b>   |    |
| Troubles mictionnels .....   | 88 |



## Parus ou à paraître très prochainement dans la collection

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie - Diabétologie
- Gynécologie - Obstétrique
- Hématologie
- Hépato-gastro-entérologie et Chirurgie digestive
- Immunopathologie (module 8)
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL - Stomatologie
- Orthopédie - Traumatologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Santé publique, méd. légale, méd. du travail, méd. sociale, éthique
- Urologie

...

## Révissez aussi vos cours avec la collection RÉUSSIR L'INTERNAT



ISBN 2-7298-1320-9